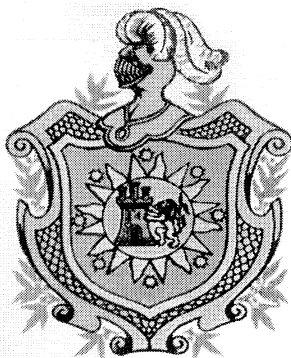


Don. X MSSR. - 03/11/08

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**

Trabajo para optar al titulo de MSSR

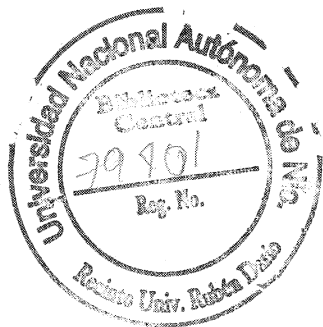


**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCIÓN DE
JUIGALPA. CHONTALES, JULIO 2,000 A JUNIO 2005**

AUTORA : Lic. Juana María Moreno López

Tutora: Yadira Medrano Moncada. MSP.
Profesora Titular. UNAN – MANAGUA.

Jurado: Presidente _____
Secretario _____
Vocal _____



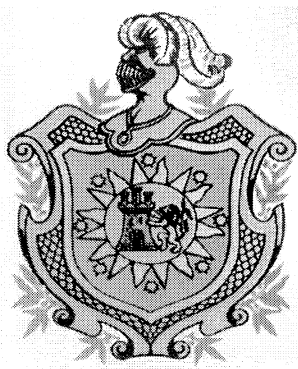
Chontales, Octubre 2008.



*MSC
MED
378.292
Mor
2008*

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**

Trabajo para optar al titulo de MSSR



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCIÓN DE
JUIGALPA. CHONTALES, JULIO 2,000 A JUNIO 2005**

AUTORA : Lic. Juana María Moreno López

**Tutora: Yadira Medrano Moncada. MSP.
Profesora Titular. UNAN – MANAGUA.**

Chontales, Octubre 2008.



INDICE

	No. de Pagina
i. DEDICATORIA	
ii. AGRADECIMIENTO	
iii. OPINION DE LA TUTORA	
iiii. RESUMEN	

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCION	1
1.2. ANTECEDENTES	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.5. OBJETIVOS	10
1.6. MARCO TEORICO	11
1.7. HIPOTESIS	20

CAPITULO II. DISEÑO

2.1. DISEÑO METODOLOGICO	21
--------------------------------	----

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1. RESULTADOS	27
3.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	30
3.3. CONCLUSIONES	37
3.4. RECOMENDACIONES	38

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA

4.1. BIBLIOGRAFIA	39
-------------------------	----

CAPITULO V. ANEXOS



i. DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo se lo dedico a

Dios sobre todas las cosas, por darme la vida, las energías, la inteligencia y los conocimientos para que con entrega y voluntad iluminara mi mente en el camino del saber para escalar un peldaño más en mi vida para alcanzar los logros y metas propuestas.

A mis hijos por darme siempre el apoyo moral y psicológico para seguir adelante y el sacrificio que significo para ellos esta formación, porque siempre fueron comprensivos y con amor me brindaron su apoyo para seguir adelante.

A los honorables maestros/as que compartieron cada día el pan de la enseñanza y del saber con cada uno/a de nosotros y nosotras, especialmente a la Profesora **M.S.C. Yadira Medrano** que con empeño y dedicación hicieron posible y fructífera, la formación como profesionales de la salud.

Gracias a Dios y a todos ustedes con mucho respeto y cariño.

i. AGRADECIMIENTO

A mi Tutora:

Con mucho respeto y cariño y sinceras muestras de agradecimiento a la Profesora M.S.C. **Yadira Medrano Moncada** que con entrega y dedicación me brindo todo su apoyo incondicional y sus conocimientos para lograr concluir satisfactoriamente este trabajo investigativo, el cual me permitirá obtener el título de la maestría en salud sexual y reproductiva.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUS SEXUAL Y REPRODUCTIVA

OPINION DE LA TUTORA

El trabajo "FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNSION, JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005." fue realizado por la Lic. Juana María Moreno López, egresada de la MSSR.

Juana María con mucho compromiso social y considerando los elementos coyunturales alrededor del aborto, asumió el compromiso de desarrollar como tema de estudio, una problemática nacional y de mucha importancia para la toma de decisiones en beneficio de la mujer.

Desde el inicio la autora demostró responsabilidad, ética y creatividad y desarrollo las tareas necesarias para su trabajo. En todo momento estuvo en contacto con las personas y las instancias necesarias para obtener la bibliografía necesaria y realizó requeridas acerca del tema .

De acuerdo a los resultados del estudio, los factores de riesgo asociados a las complicaciones del aborto fueron: ser mayor de 35 años, con antecedentes patológicos familiares y personales, con patología durante el embarazo, con antecedentes de aborto y período integénesico menor de 18 meses. Otros factores relevantes fueron: condición de ingreso inestable y hospitalización mayor de tres días.

Juana María asumió el compromiso de hacer entrega de una copia a las autoridades locales, para que pongan en práctica las recomendaciones a través de un plan de intervención.

Felicidades por su trabajo y mi reconocimiento por haber asumido el reto de realizar un tema de mucha actualidad.



Yadira Medrano Moncada. MSP
Profesora Titular, UNAN-MANAGUA

iiii. RESUMEN

El objetivo del estudio fue Identificar los principales factores de riesgo asociados a complicaciones del aborto en mujeres egresadas del Hospital Asunción de Juigalpa departamento de chontales de Julio del 2,000 a Junio 2005,

Los principales Factores de Riesgo asociados a las complicaciones del aborto estadísticamente significativas entre las mujeres del estudio son:

- Las mujeres mayores de 35 años, con antecedentes patológicos familiares y personales.
- Las mujeres que presentaron patologías durante el embarazo.
- Las mujeres con antecedentes de aborto, mujeres con periodo Ínter genésico menor de 18 meses.
- Las mujeres que ingresaron en condiciones inestables y que estuvieron hospitalizadas más de 3 días.

Los principales Factores de Riesgo asociados a las complicaciones del aborto sin significancia estadísticas entre las mujeres del estudio son:

- Las mujeres menores de 20 años, amas de casa y las solteras, mujeres primigestas, las que han tenido mas de 4 hijos, con antecedentes de cesáreas y las mujeres que les realizo el legrado el médico general.

RECOMENDACIONES

1. Que las Organizaciones presentes en el territorio unan esfuerzos para impulsar campañas educativas dirigidas a los grupos de riesgo (Adolescentes, Mujeres en Edad Fértil) así como programas integrales en Salud Sexual y planificación Familiar
2. garantizar que las pacientes antes de egresar de las Unidas de Salud reciban atención Psico- Social y consejería para que ellas decidan como planificar y espaciar los embarazos de manera responsable y segura.

.01.1.- INTRODUCCIÓN

El derecho a la vida es un derecho de todos los seres vivos y para las mujeres los derechos comprenden el acceso a los servicios de salud que garanticen el embarazo y el parto sin riesgo.

Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violación, el abuso sexual y violación de las mujeres y niños; el VIH/SIDA; la mortalidad materna; el embarazo de adolescentes, los niños abandonados; las practicas dañinas, tales como la mutilación genital femenina; el crecimiento de la población; el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad; y la violación de los derechos humanos fundamentales y la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

En la cuarta conferencia de población y en la conferencia de Beijing se reconoce el Aborto como un grave problema de salud pública y social, fuertemente vinculado con la mortalidad materna por la práctica insegura en que se realizan los abortos en muchos países y que perjudican la calidad de vida de las mujeres.

El Aborto es un problema de salud publica que afecta directamente a la mujer, es la cuarta causa de mortalidad materna y puede ser la causa de complicaciones graves que comprometen la salud reproductiva de aquellas que la viven, iniciando con Hemorragias, luego con una sepsis puerperal que puede ser causada por una perforación de útero conduciéndola a una Histerectomía y que puede llegar hasta la muerte. (1)

En la conferencia de Beijing se reconoce lo planteado por el Cairo y se insiste que este problema este fuertemente vinculado con los derechos de la mujer y que en muchos países no se les esta permitiendo decidir sobre su cuerpo y su reproducción y aboga por que los gobiernos revisen todo lo relacionado con la legalidad del aborto para disminuir su practica ilegal e insegura. (2)

Entre las principales complicaciones del aborto se destacan: Las perforaciones de útero, traumas, Hemorragias, sepsis puerperal, shock Hipovolémico, retención de restos placentarios y/o del producto de la concepción.

Aun en los países donde el aborto esta legalizado como en la india, a las mujeres de bajo ingreso les puede resultar difícil conseguir quien les aplique un procedimiento aséptico y sin riesgo o peligro.

De los 193 países que conforman las Naciones Unidas, 188 permiten el aborto terapéutico cuando el motivo del mismo es salvar la vida de la mujer embarazada y casi dos tercios para preservar la salud física y/o mental de las mujeres. El Salvador, Chile, Ciudad del Vaticano, Honduras y recientemente Nicaragua desde el 26 de Octubre del 2006 el aborto esta totalmente prohibido, (2). Este dato demuestra claramente que la aceptación del acceso al aborto cuando peligra la vida de la madre trasciende diferencias culturales, credos religiosos e ideologías políticas.

El aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, ya que realiza en condiciones que atentan contra la vida, la salud y la integridad de la mujer. Es una de las causas principales de mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Según el ultimo estudio de la OMS, la proporción de muertes por abortos fue mas alta en América Latina y el Caribe, alcanzando el 12% del total de muertes como promedio, siendo hasta el 30% en algunos países de la Region(6).un análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos, concluyo que la diferencia encontrada en la mortalidad materna por aborto en estos tres países (4.6, 2.8 y 0.3 por 100.000 nacidos vivos respectivamente) se deba a la legalización del aborto (7). Un estudio sobre los costos del aborto inseguro para el sector salud, bajo la vieja y restrictiva legislación sudafricana estimo, para 1994, un total aproximadamente de \$ 1.93 millones (3).

Cada año aproximadamente 4 millones de mujeres Latinoamericanas recurren a abortos inseguros y del 30 al 45% de ellas sufren complicaciones que atentan contra su vida e imponen un costo enorme a los sistemas de atención a la salud.(9) Cerca de 3.7 millones de abortos inducidos ocurren cada año en Latinoamérica y El Caribe y se estima que el 17% de muertes maternas se debe a abortos inseguros (10).

El aborto inseguro es la cuarta causa de mortalidad materna en Perú.¹¹ Guyana liberalizo su legislación de aborto como reacción a la evidencia de altas tasas de mortalidad materna causadas por la carencia de servicios de abortos seguros y legales (12).

En Chile uno de los mayores problemas que enfrenta es la vulneración que sufren las mujeres en su derecho a la confidencialidad y a la no auto-incriminación. Las disposiciones del Código Procesal Penal y las contenidas en el Estatuto Administrativo a los profesionales de la salud a denunciar a las mujeres que recurren a los servicios de salud por complicaciones de un aborto inducido. Según diferentes estudios, las mujeres que ingresan a un circuito penal son mujeres de escasos recursos que han sido denunciadas por los propios prestadores de servicios (14)

En Colombia en un fallo histórico, la corte constitucional Colombiana (en adelante corte constitucional) fallo el pasado 10 de Mayo del 2006 a favor de la demanda que pedía la despenalización del aborto. La corte constitucional estableció que la interrupción voluntaria del embarazo no será delito cuando la vida de la madre corre peligro. Cuando se presenten malformaciones del feto incompatible con la vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de una violación. Esta sentencia consiguió cambiar el debate sobre el aborto en Colombia y visibilizar la realidad en términos de salud publica, derechos humanos y justicia social. Además esta sentencia sienta un precedente jurídico importante en la región.

En Guatemala un estudio de línea basal de mortalidad materna realizado por el gobierno muestra que el aborto inseguro se presenta en el país y es un factor que contribuye a la mortalidad materna los resultados de este estudio demostraron que las cuatro causas principales de mortalidad materna fueron: las Hemorragias posparto (54%), sepsis (14%), hipertensión (12%), y el aborto (10%). (13).

En Nicaragua el aborto representa el 13% de la mortalidad materna y ocupa la segunda causa de mortalidad materna y el 24% de las defunciones maternas fueron adolescentes. La reciente derogación por la Asamblea Nacional del Artículo 165 del Código Penal de Nicaragua, que permite el aborto Terapéutico desde hace mas de cien años a una nueva ley que lo condena, ha colocado en el debate publico la discusión sobre la pertinencia de esta decisión aprobada recientemente por la mayoría de los legisladores en la Asamblea Nacional .



1.2.- ANTECEDENTES

Cada día se realizan 55.000 mil abortos en condiciones de riesgo, el 95% de ellos en los países en desarrollo, donde conducen a la muerte a mas de 200 mujeres diariamente.

Anualmente ocurren 50.000 muertes maternas en el mundo; de estas 200 mil por falta de servicios de planificación y/o carencias de métodos anticonceptivos eficientes, además se producen 70 mil muertes por aborto en malas condiciones.

En Europa ocurren 8 millones de abortos anualmente, produciendo la tasa de aborto más elevada del mundo, 48 por cada 1000 mujeres de 15-44 años, esto incluye a Europa Oriental como la sub región con más alta tasa de 90 por cada mil, que representa un 15% mas elevada de embarazo que terminan en abortos (65%) Europa Occidental con la tasa más baja de 11 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.

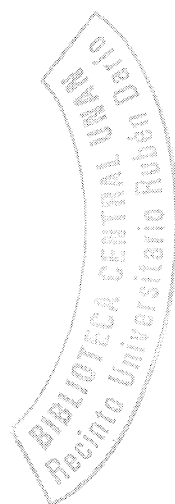
La OMS estima que 1 de cada 8 muertes maternas es por abortos inseguros, representando el 13% de las muertes maternas que se presentan en el mundo, de las cuales el 95% ocurren en países en desarrollo como el nuestro.

Se calcula que por cada muerte materna en la región de las América ocurren de 130 a 160 abortos inducidos, llegando hasta una cifra de 2 millones de abortos inducidos para America Latina y el Caribe.

En el año 1967 la asamblea mundial de la salud reconoció el aborto como un importante problema de salud de la mujer y de salud publica. Sin embargo en ese tiempo se disponía solo de una información limitada que no permitía conocer la verdadera extensión de ese problema.

La OMS en 1994 en la segunda edición del aborto estima que a nivel mundial ocurren 20 millones de abortos inseguros cada año y un promedio de un aborto inseguro por cada 7 nacimientos. Cerca del 90% de los abortos inseguros tienen lugar en los países en desarrollo y son las mujeres en estos países quienes sufren de un problema de salud crónico irreversible secundario a un aborto inseguro también son estas mujeres quienes están sacrificando su vida para poder interrumpir su embarazo ya que globalmente un 13% de las muertes maternas están relacionadas con abortos inseguros.

En América Latina se estima que el 21% de las muertes maternas se deben a abortos en condiciones de riesgo y un 40% de las mujeres Latino Americanas que sufren o se practican algún aborto presentan algún tipo de complicación. A pesar de esto el 14% de ellas serán internadas para recibir tratamiento alguno, debido a la falta de acceso a la información y servicios integrales, en algunos países las mujeres pueden tener miedo a ser denunciadas a maltratos por los prestadores de servicios.



La incidencia del aborto en América Latina es la mas alta comparada con la de los países de Asia del Este y Europa del Este. En los diferentes países el promedio de la tasa global de abortos inducidos durante el periodo de la vida parece estar entre 1-2 por mujer en edad fértil.

La practica del aborto estaba ya muy extendida en la década de 1960, sobre todo en las zonas urbanas de América Latina, en esa época el uso de anticonceptivos era limitado. Para los años de 1980, el aborto inducido es responsable de casi una cuarta parte del control de la fertilidad. (5)

América Latina representa entre un 10 y 27% de los abortos que se realizan en países en desarrollo, se estima que el 31% de los embarazos terminan en aborto, como promedio 1 por cada 10 mujeres que dieron a luz repercutiendo en los servicios de 300.000 hospitalizaciones al año. La mortalidad por aborto representa el 13% de las muertes maternas.

Según la OMS y la UNICEF (Abril 1996) se estima que cada año mueren en el mundo alrededor de 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y/o el aborto. El 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo, en contrastes de riesgo para mujeres en países en desarrollo con aquellos países desarrollados, de los cuales un de cada 50 mujeres mueren por complicaciones relacionas al embarazo, parto, puerperio y el aborto, comparado con países con economía estable, donde mueren una de cada 3.000 mujeres. (6)

La falta de respaldo social, afectivo y económico es una de las causas por la que las mujeres recurren al aborto, siete de cada 10 mujeres atendidas viven en extrema pobreza. Siete de cada 10 mujeres no usan ningún tipo de anticonceptivo para evitar el embarazo, una de cada tres mujeres buscó ayuda después de haberse practicado un aborto inseguro.

Estudio realizado en México en el año 1995, por Romero Mariana, sobre los determinantes del Aborto en Adolescentes mexicanas, demuestra una gran asociación entre la ausencia de la madre y el aborto en la adolescencia, así como la de un tiempo de convivencia menor de 6 meses con su pareja. (7)

Wartenberg Lucy, encontró que el número de abortos antes de los 19 años se ha quintuplicado en los últimos 5 años en Colombia y que existe una estrecha relación entre la pobreza y el embarazo en adolescentes e inmadurez psicológica y social de las adolescentes, convirtiéndolas en seres extremadamente vulnerables. (8)

En Republica Dominicana, en los años 1990 y 1991 sobre el comportamiento del Aborto, encontró que la mayor incidencia de aborto fue en el grupo de 15-19 años y las mujeres de bajo ingresos económicos. (9)

En Nicaragua, a partir de la conferencia mundial de población, la delegación representante de Nicaragua hizo la siguiente aclaración: que el gobierno de Nicaragua de acuerdo con su constitución y sus leyes, confirma que toda persona tiene derecho a la vida, siendo este un derecho fundamental inalienable y que este derecho comienza desde el momento de la concepción.

A partir de 1997 se introducen algunas reformas a las políticas de salud donde se habla de la atención integral a la mujer, aunque sigue prevaleciendo en el enfoque los contenidos de salud reproductiva: como la atención al CPN, atención del parto, puerperio y planificación familiar. El concepto de planificación familiar que prevalece limita los objetivos de la anticoncepción a la reproducción ya que los considera como un medio para planificar una familia y no toma en cuenta la dimensión de la sexualidad o el derecho al placer. (10)

Roberto Blandino, et al en 1990, realizaron un estudio de morbi mortalidad materna por Aborto en el “Hospital Bernardino Díaz Ochoa” demostró que la mayoría de los abortos fueron en las edades entre 24 y 28 años, mas del 50% eran de procedencia urbanas, el 5% fueron abortos provocados, de las pacientes que se complicaron el 6% fueron por anemia. (11)

Según estudios realizados en Nicaragua por instituciones privadas en 1991, registraron que el aborto inducido ilegalmente sigue ocupando el primer lugar y los principales condicionantes son alta actividad sexual activa, limitada accesibilidad a los métodos anticonceptivos son los caminos que conducen a embarazos no planificados. (12)

En 1992, Acevedo, Lesbia et al. Estudiaron la morbi mortalidad por abortos inducidos en el “Hospital Bertha Calderón Roque”, demostrando que el 86% de los abortos fueron entre las edades de 20 y 24 años, el 47% tenían antecedentes de abortos, al 84% se les realizo LUA, el 88.5% recibió tratamiento médico y al 53% se les prescribió tratamiento psiquiátrico. (13)

En 1992 Vázquez, José et al, aspectos clínicos y epidemiológicos del aborto, en el Hospital de Juigalpa, en el año 1992, un 47% correspondieron a pacientes del casco urbano, el grupo etareo de 26 a 30 años, educación primaria incompleta en 38.6% de pacientes, 69.2% amas de casa 53.5%. El inicio de su vida sexual activa entre 14 y 16 años, no tenían antecedentes de aborto 79.8%, según formas de inicio del aborto 59.6% fue inducido, 20.6% utilizó como método abortivo sonda intrauterina, 19% medicamentos, el 75% de las pacientes no presentaron complicaciones y las principales complicaciones fueron 62.7% hemorragias, infección 13.7%, lesión del cervix y 2% septicemia. (14)

Ruiz, Xiomara et al, en el Hospital José Niebroswky de 1990 a 1994 sobre caracterización epidemiológica, tratamiento y evolución del aborto, revelo que el grupos mas afectado fue entre 21 y 25 años, mas del 50% tenían educación primaria, el 71% eran amas de casa, el 52% eran multíparas y el 94% no utilizaban métodos anticonceptivos. (15)

En el año 1994, Aragón José et al, realizaron un estudio sobre la prevalencia del aborto en el "Hospital Fernando Vélez País los resultados fueron los siguientes el 37% fue entre 19 y 23 años, la vida sexual activa inició entre 13 y 17 años en su mayoría, la edad gestacional entre 11 y 15 semanas, el 68% no tenía abortos previos y el 14% presentaron complicaciones. (16)

En 1995, Navarro y Guevara, realizaron un estudio sobre el comportamiento clínico y epidemiológico del aborto, en el Hospital San José de Matiguas, encontrando que la edad mas frecuente fue entre 19 y 34 años, la escolaridad primaria con el 42%, amas de casa en el 95%, el 35% tenían abortos previos, el 63% fueron clasificados como abortos incompletos. (17)

Estudio realizado en el Hospital Camilo Ortega Saavedra en el año 1997, por Barea Orozco et al, sobre las complicaciones del aborto, revelo que el 73.5% eran del área rural, 79% amas de casa, 88% tenían nivel de escolaridad menor del sexto grado, menos de la mitad asistieron al control prenatal, 35% tenían abortos previos, 71% fueron clasificados como abortos incompletos, el 11% admitió haberse realizado una practica abortiva, un 35% presentaron complicaciones, siendo la principal la anemia y las infecciosas. (18)

Moya García, Valeska, et al, estudio el comportamiento clínico y manejo terapéutico del aborto en el "Hospital Gaspar García Laviana" en el año 2001, encontrándose que el grupo más afectado fue los comprendidos entre 20 y 24 años, la mayoría con escolaridad menor al sexto grado, amas de casa y de procedencia urbana, en su mayoría no presentaron complicaciones. (19)



1.3.- JUSTIFICACIÓN

Estudios realizados dentro y fuera del país, afirman que las mujeres que sufren aborto tienen diferentes explicaciones, ellas refieren que han sufrido caídas, golpizas por sus compañeros de vida o algún accidente laboral. Sin embargo se conoce por conversaciones más intimas de ellas o por entrevistas a personas conocedoras del tema que un alto porcentaje de las mujeres que llegan a las unidades Hospitalarias a demandar atención por aborto, han puesto en practica a nivel personal o con ayuda de personas sin ningún entrenamiento para efectuar un aborto.

Cualquiera que sea la causa del aborto si la mujer no acude tempranamente a las Unidades de Salud, ya sea por accesibilidad geográfica o porque a sido sometida a procedimientos inadecuados o bajo condiciones insalubres puede presentar complicaciones.

El presente trabajo pretende aportar elementos a la toma de decisiones, mediante la identificación de los factores de riesgo que incrementan las complicaciones de las mujeres que han tenido aborto y que en su mayoría son procedentes del área rural, con bajo nivel académico, inicio temprano de la maternidad, lo cual representa un riesgo, ya que carecen de información sobre los programas de salud sexual y reproductiva.

1.4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

según estadísticas del SILAIS CHONTALES, entre el año 2,000 y el I Semestre 2,005 se atendieron 976 abortos, en mujeres procedentes de todos los Municipios, correspondiendo Juigalpa el 44.5% y Acoyapa el 8.1%, Muey de los Bueyes y Nueva Guinea con el 7.7% y 7.6% respectivamente, el resto de Municipios con menos del 7%.

En ese mismo periodo se complicaron 184 mujeres (18.8%) por aborto, siendo el primer semestre 2,005, el año 2,004 y el año 2,001 los más altos.

El mayor número de complicaciones se dieron en Juigalpa, la Guinea, el Rama y Muey de los Bueyes con 31%, 20.1%, 12.5%, y 11% respectivamente.

En los años 2,003 y 2,004 las tasas de aborto nivel del país fueron de: (4.2, 4.4) x 1,000 habitantes, Chontales esta por debajo del promedio Nacional.

Las mujeres que se practican abortos y sufren complicaciones, en su gran Mayoría son amas de casa, cerca del 30% menores de 20 años, más del 50% procedentes del área rural, con antecedentes patológicos familiares y patologías del embarazo, un alto porcentaje de ellas multíparas con antecedentes de abortos, con periodos ínter genésicos menores de 18 meses.

Todo lo anterior me lleva a despejar la siguiente interrogante:

¿Cuales son los Factores de Riesgo asociados a las complicaciones del Aborto en mujeres atendidas en el Hospital Asunción de Juigalpa Chontales en el periodo comprendido de Julio 2000 a Junio 2005?

1.5.- OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar los principales factores de riesgo asociados a complicaciones del aborto en mujeres atendidas en el Hospital Asunción de Juigalpa departamento de chontales de Julio del 2,000 a Junio 2005.

ESPECIFICOS:

- 1- Caracterizar demográficamente a las mujeres en estudio.
- 2- Describir los antecedentes: patológicos personales, no patológicos y gineco obstétricos de las mujeres en estudio.
- 3- Determinar las condiciones de ingreso y terapéutica empleada en las mujeres en estudio.
- 4- Describir las complicaciones presentadas y la condición de egreso de las mujeres en estudio.

1.6.- MARCO TEORICO

El aborto es definido como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS 1994). La OMS considera el limite de viabilidad de la edad gestacional entre 20 y 22 semanas y el peso fetal menor de 500gr y longitud céfalo caudal de 25 cm.

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad (antes de las 22 semanas de edad gestacional con peso fetal de 500 gr. Y longitud cefalo nalgas de 25 cm.).

La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

En la conferencia internacional sobre población y desarrollo en el Cairo en 1994, los Gobernantes reconocieron el aborto inseguro como un importante problema de salud publica e hicieron un llamado para:

- Incitar a proporcionar servicios médicos de alta calidad y humanidad, para tratar las complicaciones del aborto inseguro.
- Asegurar los servicios de atención del aborto con calidad, donde ellos no están en contra de las leyes.
- En los casos que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuada en todos los casos, las mujeres deberían de tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto. (21)
- Pero en Diciembre del 2006 la Asamblea Nacional borro la posibilidad que tenían las mujeres de realizarse un aborto terapéutico y esto las obliga a continuar realizándose abortos clandestinos y en condiciones de riesgo, **ABORTO:** Es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gr.

Gramaticalmente la palabra aborto viene de Abortus, ab y ortus, nacimiento. Equivale a parto anticipado, los nacidos antes de tiempo. Aborto es la sustantivación del participio de aborior, que en latín significaba Morir.

Técnicamente el aborto es la interrupción del embarazo por la muerte o dispersión del producto de la concepción. En un sentido vulgar aborto es “parir antes de tiempo, en que el feto pueda vivir.” Este es su significado natural y obvio.

El concepto de aborto al igual que el concepto de otros delitos no es único ya que el Código Penal, tipifica el delito pero no lo define.

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

En general el aborto puede clasificarse en:

Espontáneo: Es el aborto producido por causas patológicas o accidentales, independientes de la voluntad de la madre o de un tercero.

Provocado: Este tipo de aborto es producto de una intervención.

Aborto Inminente o Aborto en Curso: Se incrementan los síntomas descritos anteriormente los dolores son mas intensos y sostenidos, hemorragias mas abundantes incluye coágulos con modificaciones del cuello uterino.

Aborto inevitable: Los signos y síntomas anteriores con perdida del liquido amniótico.

Aborto Diferido: El huevo esta muerto in útero, se le denomina también aborto retenido o Huevo Muertos Retenido.

Aborto Incompleto: Los restos ovulares no han sido eliminados por completo, útero agrandado, cuello uterino dilatado en sus dos orificios, hemorragias profusa y persiste. Se debe de realizar curetaje al momento del primer examen para examen físico.

Aborto Completo: El huevo es expulsado espontánea y completamente. Luego de un periodo de dolores y hemorragia, desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa la hemorragia, el útero recupera el tamaño y la consistencia previa al embarazo, se cierran nuevamente los orificios.

Aborto de Repetición: Cuando se producen tres o más abortos espontáneos consecutivos, debidos a enfermedades, alteraciones hormonales, incompatibilidad de la sangre entre madre y feto, problemas al útero u otras causas.

Aborto Ético-Social: Intervención abortiva que tiene por objeto la eliminación del producto de la concepción que proviene de un hecho delictivo, como violación o incesto.

Aborto Socioeconómico: Es el aborto miserable; interrupción del embarazo por razones económicas; evita el aumento de la población y la miseria. Es admitido en países como Australia, Bulgaria o Japón.

Suicidio Aborto: El suicidio de la mujer embarazada plantea problemas diversos, según si el intento de quitarse la vida resulte o no fallido, todo ello frente a la

muerte del feto. Si la suicida logra su propósito, el asunto se suscita y en ello radica su interés práctico, frente a un concurso eventual de otras personas. Pero si el suicidio se frustra, será la mujer responsable de aborto consumado.

Etcheberry sostiene la impunidad de la mujer embarazada que intenta suicidarse, argumentando que debe tratarse de dar muerte al feto como tal. La vida en germen es todavía parte integrante de la vida de la madre, la tutela penal de la madre abarca también la del fruto.

En lo que respecta a los que contribuyeron al suicidio, dándose todos los elementos del tipo, incluida la muerte de la mujer, también su conducta respecto de la muerte del feto quedará impune de acuerdo con el principio de la absorción. El que auxilia al suicidio será castigado sólo por ese delito y no por el aborto. Si lo único que resulta de la cooperación al suicidio es la muerte del feto, el auxiliador no responderá como cómplice de las lesiones que sufra la mujer como consecuencia de su intento suicida.

Desde el punto de vista médico el aborto puede clasificarse en:

(a) Aborto Ovular: Cuando se produce en los primeros días desde la concepción, se trata de un aborto precoz que pasa desapercibido. Ya sea que se considere como momento de la concepción, la fecundación, momento en que el espermatozoide penetra en un óvulo y se produce la fusión cromosómica de ambas células, con lo que se forma una célula originaria con una dotación cromosómica completa; o cuando se produce la anidación, es decir, cuando se produce su implantación en el útero, donde debería seguir su desarrollo unida a la placenta y dentro del saco embrionario. El intervalo entre la fecundación y la anidación es de siete a diez días.

(b) Aborto Embrional: Se habla de embrión desde el momento de la fecundación. Este aborto se produce hasta el tercer mes de embarazo.

(c) Aborto Fetal: A partir de la duodécima semana de la concepción, toma el nombre de feto. Ya cuenta con todos los órganos vitales, los que de allí en adelante deberían comenzar a desarrollarse hasta el momento de su nacimiento. Este aborto se produce hasta el séptimo mes de embarazo; después es un parto prematuro.

(d) Aborto Ampollar: Es una variedad del aborto Tubario que se produce en la ampolla del oviducto.

(e) Aborto Frustrado: Es la retención del huevo muerto en el útero, por más de dos meses.

(f) Aborto Inevitable: Aquel en el que hay ruptura de las membranas o se produce la muerte del embrión.

(g) Aborto Séptico: Se desarrolla cuando el contenido del útero ha quedado infectado antes, durante o después del aborto. (22)

Aborto Terapéutico: Desde el punto de vista científico y técnico es: la Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, por indicación médica, debido a patologías maternas que son agravadas por el embarazo, patologías maternas que repercuten negativamente sobre el crecimiento y desarrollo fetal y compromete la vida del binomio madre – hijo-

En Nicaragua, las condiciones planteadas para recurrir a un aborto terapéutico son las siguientes:

1. Que la vida de la paciente o el feto se encuentren en peligro por una enfermedad causada o agravada por el embarazo
2. Que no exista otra terapéutica para la paciente, o que exista y haya fracasado
3. Que se tenga la seguridad de que mediante el aborto se evitara un agravamiento, se logrará una mejoría o curación de la paciente. (23)

Artículo 146. Aborto Terapéutico:

El Aborto Terapéutico será determinado científicamente, con la intervención de tres médicos especialistas del Ministerio de Salud y el consentimiento de la mujer. Este no será punible en ningún caso. (24)

Según su evolución se puede clasificar en, Amenaza de Aborto, Aborto diferido, aborto en curso o en evolución, aborto inevitable, así como en completo e incompleto y séptico.

Se puede clasificar según su legalidad en legal e ilegal, así como en espontáneo y provocado, si se demuestra una intervención externa al aborto.

FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A MORBI MORTALIDAD MATERNA POR ABORTOS

Se ha identificado que las mujeres que experimentan morbi mortalidad materna, presentan con mayor frecuencia ciertos factores de riesgos, estos son:

FACTORES SOCIO ECONOMICOS.

- Baja condición socio económica.
- Hacinamiento.
- Deficiente educación.
- Patología psico- social.
- Discriminación de la mujer.
- Violencia familiar.
- Madre sola.
- Madre obrera, agricultora, militar.

Baja condición socioeconómica.

Los factores socio económicos son condiciones que influyen en el estado de salud de los individuos y las poblaciones y por lo tanto inciden en la salud reproductiva.

La salud reproductiva esta predeterminada por las condiciones socio económicas de la sociedad donde los individuos han crecido y han vivido, estas condiciones promoverán y determinaran el estilo de vida.

Es un factor de alto riesgo determinado en la morbi mortalidad materna. Las mujeres tienen menos probabilidades de gozar de buena salud y menos oportunidades de educación forma, de buscar y recibir atención medica

En Nicaragua la pobreza es generalizada, en todo el país alrededor del 50% de la población esta por de bajo de la línea de pobreza.

Analfabetismo.

Se ha observado que la tasa de morbi mortalidad materna son mayores cuanto mayores son los grados de analfabetismo de un país. En Nicaragua el 43.7% de las mujeres mayores de 15 años del área rural no saben leer ni escribir y en el área urbana el 14.6%.

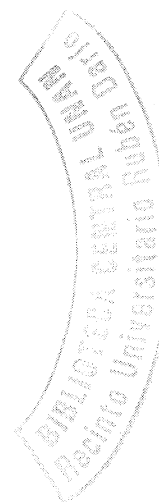
La fuerte asociación existente entre resultados perinatales y bajo nivel socio económico y educacional obliga a considerar estos últimos datos cada vez que se evalúa el riesgo de una gestante.

El deterioro socio económico y el bajo nivel de educación se asocian al hacinamiento, un numero de consultas prenatales deficientes, a familias muy numerosas y mayor porcentajes de embarazadas cuya actividad laboral, continua hasta muy avanzado su embarazo, lo cual forma un circulo vicioso que aumenta a un mas el riesgo de desarrollar daños y en ocasiones hasta un aborto y la muerte materna.

Edad:

La tasa de morbi mortalidad es mayor en pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años, de los 12 a los 14 años de edad puede existir maduración y estallido folicular y por lo tanto fecundación, pero el embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil, lo cual predispone a aborto o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido.

Las mujeres entre 10 – 14 años presentan una tasa de mortalidad materna cinco veces mas alta que las de 20–25 años, y las de 15–19 años muestran una tasa dos veces mayor pero esta tasa comienza a elevarse otra vez a partir de los 35 años.



En Nicaragua el 61% de las muertes maternas ocurren en mujeres cuyas edades están comprendidas en el grupo etareo de 19 a los 35 años de edad, periodo considerado optimo para la reproducción; en menores porcentajes se reflejan las muertes ocurridas en los extremos de la vida, como adolescentes y mayores de 35 años, sin embargo, progresivamente el grupo de mujeres adolescentes ha disminuido y ha aumentado el de mayores de 35 años.

Desde los 30 años y aun más después de los 35 años, las fibras musculares uterinas dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales, elasticidad y contractilidad, lo cual puede ser causa de interrupción de la gestación.

Se ha identificado que la mortalidad materna presenta con mayor frecuencia ciertos factores de riesgos. Estos se refieren a algunas características, tanto de su historia reproductiva como de su condición biomédica, aumentando la probabilidad que se presente la mortalidad.

COMPLICACIONES DEL ABORTO

Las complicaciones están determinadas por el tipo de aborto que se presente (Espontáneo o inducido), siendo mas frecuente en el aborto inducido: principalmente de carácter infeccioso, así como también la tardanza de la paciente en buscar la atención medica una vez iniciado los síntomas. Las complicaciones mas graves del aborto se han asociado con el aborto provocado.

I.- Complicaciones Tempranas.

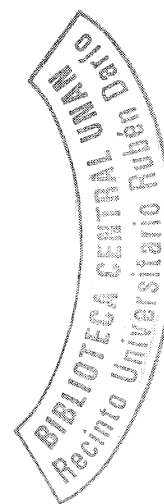
a) Inmediatas.

Hemorragias: habitualmente se producen por restos ovulares, deben ser tratados por un cuadro de urgencia por el registro de anemia, shock hipovolemico, el tratamiento es el legrado uterino.

- Lesiones de tejidos y órganos pélvicos: Estas complicaciones pueden incluir lesiones superficiales, desgarros o perforaciones de órganos y tejidos de la cavidad pélvica. Las frecuentes son perforaciones del cuerpo uterino, así como, desgarros del mismo.

b) Mediatas.

- Shock Séptico: La mayoría son infecciones poli microbianas: Los microorganismos mas frecuentes son E. coli S. aureus, clostridium perfringes y bacteroides.
- Infecciones Localizadas: Endometritis y cervicitis, la metrorragia puede ser el signo mas destacado.
- Infecciones Propagadas: siendo las vías principales.



- Canicular.
- Conjuntivo Linfático.
- Temática.
- Traumática.

Embolia.

Son complicaciones graves causa de muerte súbita en el curso del tratamiento por complicaciones del aborto. Las más frecuentes son las de origen séptico incluyendo las embolias pulmonares y las piohemias con localización de absceso a distancia. Otras embolias son las del líquido amniótico que ocurre en embarazos mayores de 16 semanas.

Insuficiencia Renal Aguda.

Principalmente asociadas al aborto séptico. La paciente esta hipovolemica por el vomito y la septicemia renal considerable.

En la infección por clostridium es significativa la severidad de la disfunción renal, surgiendo hasta muchos años después que las toxinas podrían tener efecto proteolítico sobre las proteínas renales. La hemólisis causada por este organismo así como las sustancias utilizadas para provocar el aborto, son suficientes por si mismas para producir falla renal. Algunas mujeres con aborto séptico desarrollan necrosis cortical debido a la severidad del cuadro isquémico o a la coagulación intravascular Diseminada masiva.

II.- Complicaciones Tardías.

Esterilidad:

Debido a las lesiones del cuello uterino pueden producir incompetencia del mismo y aborto habitual como secuela. Las maniobras del aborto o las destinadas de este, pueden condicionar la estenosis cervical, adherencias de la cavidad endometrial, factores que impedirán el pasaje de los espermatozoides o la implantación del huevo fecundado.

Alteraciones Menstruales.

Frecuentemente se encuentran las sinequias de la cavidad endometrial provocadas por legrados a repetición o muy intensos que dañan profundamente la mucosa endometrial.

Secuelas Físicas.

- a) Secuelas de infección, inflamación pélvica crónica, adherencias peritoneales, embarazos ectópicos.
- b) Trastornos Menstruales transitorios, amenorrea consecutiva a esterilidad secundaria por sinequias uterinas.
- c) Mayor predisposición a placentas previas, desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta, endometriosis en el tejido cicatrizal de histerectomía, atonía del cuello uterino por lesiones del canal cervical, sensibilización de la mujer Rh desde el segundo mes de gestación.

Consecuencias del Aborto Clandestino

Por muchas razones antes de intentar un aborto por un embarazo no deseado, sorpresivo o no esperado, lo mejor es actuar responsablemente, protegerse durante las relaciones sexuales, informarse sobre los métodos anticonceptivos existentes, así como también sobre las opciones de donación en adopción de un hijo o hija no deseados.

Los problemas del aborto clandestino son muchos por los efectos colaterales que tienen, como pueden ser:

1. La muerte de la madre durante o por complicaciones por el aborto. La infertilidad, ya que después de un aborto el riesgo de padecer otros de forma natural es mayor.
2. La esterilidad, porque en muchos casos los abortos mal desarrollados ocasionan infecciones, perforaciones uterinas o daños en el sistema reproductor de la madre que son irreversibles.
3. Problemas emocionales severos, ya que el sentimiento de culpa afectará el bienestar y el desarrollo normal, no solo de la madre sino de la pareja. El abandono de otros hijos, cuando la madre llega a morir por las complicaciones de un aborto mal realizado.

Otras complicaciones son:

Mayor probabilidad de cáncer de ovarios, hígado y cérvico uterino. Perforación del útero, que es más frecuente en mujeres que ya han tenido otros hijos, o que reciben anestesia general durante el aborto, lo que lleva a una histerectomía o sea la extracción del útero.

Desgarres del cuello del útero, por dilatarlo adecuadamente, que pueden llegar a ocasionar problemas en posteriores partos. Este problema es más frecuente en adolescentes, Placenta previa en embarazos posteriores, que pone en riesgo la vida de la madre y del hijo y el desarrollo normal del embarazo.

Discapacidad en hijos en embarazos posteriores al aborto provocado. Problemas durante partos posteriores, con graves riesgos para la madre y para el hijo.

Mayor incidencia de embarazos ectópicos, es decir fuera del útero. Inflamación pélvica, que pone en riesgo la vida y la fertilidad de la mujer, teniendo como consecuencia una Endometritis que es más común en adolescentes. (26)

1.7. HIPOTESIS

- 1- Las mujeres procedentes del área rural, tienen dos veces mas riesgo de desarrollar mas complicaciones por aborto, que las mujeres que proceden del área urbana.
- 2- Las mujeres analfabetas y/o primaria incompleta tienen 2 veces mas riesgo de presentar complicaciones del aborto, que las con primaria completa o con mas nivel de escolaridad.
- 3- Los hábitos tóxicos de las mujeres en estudio, incrementan 3 veces más el riesgo para las complicaciones del aborto.
- 4- Las mujeres con antecedentes de aborto tienen 3 veces mas riesgo de tener complicaciones por la ocurrencia de otro aborto, que las sin antecedentes.
- 5- Las condiciones de ingreso por abortos tienen 3 veces mas riesgo de complicaciones por el evento, que las mujeres que ingresan en condiciones estables.
- 6- El embarazo en edades extremas de la vida reproductiva y el estado civil inestable, son factores de riesgo reproductivo que aumentan 2 veces más el riesgo de presentar complicaciones por aborto.

2.1. DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Observacional - Analítico - Caso - Control.

UNIVERSO: son 976 mujeres que se atendieron por aborto en el Hospital Asunción de Juigalpa en el periodo de Julio del 2000 a Junio 2005, distribuidas de la siguiente manera:

Años	ABORTOS		COMPLICACIONES	
	No:	%	No:	%
2,000	183	18.7	28	15.3
2,001	158	16.2	32	20.2
2,002	154	15.8	27	17.5
2,003	199	20.4	27	13.6
2,004	184	18.8	44	23.9
2,005 I Semestre	98	10.0	26	26.5
Total	976	100.0	184	18.8

De 976 mujeres atendidas por aborto se complicaron 184, correspondiente al 18.8%, distribuidos por año siendo el mas alto el año 2003 y I Semestre 2005.

Caso: mujeres que tuvieron abortos con alguna complicación y que han estado expuestas a factores causales.

Control: mujeres que tuvieron aborto, pero no presentaron complicación, basándose que los factores causales bajo investigación están en menor frecuencia que en los casos.

MUESTRA: No probabilística por Conveniencia,

97 mujeres que llenaron los criterios de inclusión, esto corresponde al 52.7% del total de las mujeres complicadas.

Se seleccionaron 3 controles para cada caso, 288 mujeres correspondiente al 29.5% del universo total

CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN:
INCLUSIÓN

CASOS	CONTROLES
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidas por aborto y que sufrieron complicaciones. • Pacientes atendidas por aborto y que se les realizo legrado y se complicaron. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes atendidas por aborto y que no sufrieron complicaciones. - Pacientes atendidas por aborto, que se les realizo legrado y no se complicaron.
EXCLUSION	
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no sufrieron complicaciones por aborto. • Pacientes que no sufrieron complicaciones posteriores al legrado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que sufrieron complicaciones por aborto. • Pacientes que sufrieron complicaciones posteriores al legrado.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

Para obtener la información se procedió a realizar las siguientes actividades:

1. Elaboración y validación del instrumento.
2. Revisión de expedientes clínicas de las pacientes que llenaron los criterios de inclusión y exclusión.
3. Llenado de fichas.

PLAN DE TABULACION

Una vez transcurrido el período de recolección, los datos fueron procesados en el programa epidemiológico EPI INFO, se realizó control de calidad. El análisis uní variado se realizo en distribución de frecuencia simple, para el análisis bi variado se establecieron diversos modelos de asociación de variables que permitieran evaluar la relación entre diferentes aspectos sociodemográficos, expresadas en asociaciones de riesgos y probabilidades, utilizando para su análisis las pruebas de Chi cuadrado y valor de P. Para elaborar el informe final se utilizo el Word y el power point para los gráficos, ambos del sistema Windows.

VARIABLES

- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Procedencia
- Ocupación
- Antecedentes Patológicos Familiares
- Antecedentes Patológicos Personales
- Gestas, Para, Abortos, Cesáreas
- Período Ínter genésico
- Hábitos tóxicos durante el embarazo
- Patologías durante el embarazo actual
- Asistencia al Control Prenatal
- Finalización del embarazo anterior

Condiciones de ingreso

Complicaciones presentadas

Conducta terapéutica empleada y las condiciones de egreso materno.

- Planes Utilizados en el manejo
- Condiciones del egreso materno

ASPECTOS ETICOS:

Una vez procesada la información las encuestas fueron almacenadas como evidencia de un proceso de recolección y dar fe a los resultados, quedando estas en el mayor anonimato posible, no serán divulgadas ni utilizada por otro investigador. En todo momento se respetará la identidad de las participantes. Además se presentarán los resultados a las autoridades tomadoras de decisiones para devolver en parte los resultados y que sean ellos los que definan la ejecución de un plan en beneficio de las mujeres que de una u otra manera están en riesgo de sufrir el mismo problema en estudio.

PLAN DE ANÁLISIS:

- ❖ Características demográficas vs, condición de riesgo de las mujeres.
- ❖ Factores de riesgos Patológicos y no Patológicos vs, condición de riesgo.
- ❖ Antecedentes Patológicos Personales vs, condición de riesgo de las mujeres.
- ❖ Antecedentes Familiares vs, condición de riesgo de las mujeres.
- ❖ Patologías durante el embarazo vs, condición de riesgo de las mujeres.
- ❖ Antecedentes Obstétricos vs condición de riesgo de las mujeres.
- ❖ Condición de Ingreso vs, condición de ingreso de las mujeres.
- ❖ Diagnostico de ingreso vs, condición de riesgo.
- ❖ Conducta Terapéutica vs, condición de riesgo.
- ❖ Días de Hospitalización vs, condición de riesgo.
- ❖ Persona que realizo el legrado vs, condición de riesgo.
- ❖ Condición de Egreso vs, condición de riesgo o complicaciones de las pacientes.
- ❖

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años	Edad en años
Estado civil	Relación conyugal de la embarazada al momento del estudio.	Estado conyugal.	Soltera Casada Viuda Divorciada.
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la embarazada al momento del estudio.	Ultimo año aprobado.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Otros.
Procedencia	Área geográfica donde habita la embarazada al momento del estudio.	El origen.	Urbano Rural.
Ocupación	Empleo u oficio o la actividad a la cual se dedica la embarazada al momento del estudio.	Tipo de trabajo realizado.	Ama de casa Maestra Enfermera Comerciante. Profesional Otros.
Antecedentes	Enfermedad padecida por familiares y por la embarazada, así como el uso de sustancias dañinas para la madre y el producto.	Patologías familiares y personal	Diabetes TB. pulmonar. HTA, Gemelares Otras.
		Hábitos Tóxicos	Fumado Alcohol Drogas Medicamentos Otras
Gesta	Cantidad de embarazos que ha tenido la embarazada el momento del estudio.	Numero	0 1 2 3 4 o más.
Para	Proceso fisiológico durante el cual tiene lugar la expulsión del feto y la placenta desde el útero a través de la vía del canal del parto al exterior.	Numero	0 1 2 3 4 o más.
Aborto	Interrupción del embarazo espontáneo o provocado antes de las veinte semanas de amenorrea con un peso inferior a 500 g.	Numero	1 2 3 4 o más.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Tiempo transcurrido para la búsqueda de atención médica.	Tiempo transcurrido que tardo la paciente y/o familia para buscar la atención médica, que va desde el inicio de los síntomas hasta el inicio de la atención en la unidad de salud	Horas	Menor de 1 hora 1 hora 2-3 horas 4-5 horas Mayor de 5 horas
Clasificación del Aborto	Tipo, etapa o evolución del aborto con fue clasificado en el momento del ingreso	Tipo	Amenaza de aborto Aborto en curso Aborto incompleto Aborto completo Aborto séptico Huevo muerto retenido
Complicaciones	Disturbio o situación mórbida inesperada que puede poner en riesgo la vida de la embarazada.	Tipo de complicación	Hemorragia, retención placentaria, endometritis, schok hipovolemico, restos por aborto, ruptura de útero.
Manejo terapéutico empleado	Planes, protocolos o normas utilizadas en el manejo del aborto	Planes	Liq. IV Liq. IV + Atb Liq. IV + LUI Liq. IV + Atb + LUI Liq. IV + LUA Liq. IV + Atb + LUA
Personal que realizo el legrado	Persona que intervino en la atención del aborto.	Perfil académico	Medico de base Medico General Medico Interno Enfermera Aux. de Enfermería Otras.
Condición de egreso	Condición o estatus de salida de la paciente de la unidad de salud.	Forma de salida de la sala.	Alta Traslado, Fuga, Abandono, Muerte.



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala/Valor
Cesárea	Proceso mediante el cual tiene lugar la salida del feto al exterior a través de la insición de las paredes del abdomen (laparotomía) y del útero (histerotomía)	Numero de cesáreas registrada en el expediente clínico.	0 1 2 o más.
Periodo inter genésico	Tiempo transcurrido entre el fin del último embarazo y el inicio del actual.	Meses Años.	Ninguno > de 18 meses < 18 meses.
Patologías durante el embarazo actual.	Padecimiento o enfermedad de la embarazada que puede modificar la evolución del embarazo.	Patologías.	Pre-eclampsia APP RPM DPPNI Placenta previa HTA, IVU. Anemia Neumonía, otras.
Asistencia a CPN (control prenatal).	Serie de contacto, entrevistas o visitas programadas de las embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.	Numero de CPN.	Ninguno 1 - 3 4 y mas
Finalización del embarazo anterior.	Forma o vía por el cual se produce la salida del producto de la concepción del seno materno al exterior.	Vía.	Parto espontáneo Parto inducido Cesárea urgente Parto por Fórceps.

3.1. RESULTADOS

El 62.5% de las mujeres procedían de otros Municipio del Departamento de Chontales y el 37.5% de Juigalpa. En cuanto a la distribución, por casos y controles, fue ligeramente mayor los controles, 66.5% contra 54.6% de los casos, pero la asociación no fue estadísticamente significativa. El 74.1% de las mujeres tenían edad reproductiva óptima, 20-34 años; el 25.9% eran menores de 20 años. Igual comportamiento porcentual tuvieron los casos y los controles. Aunque hubo un ligero riesgo, 1.27%, la relación no fue estadísticamente significativa. El 16.6% de las mujeres eran mayores de 35 años. Los casos fueron el doble de los controles, 24.3% contra 12.8%, por lo que las mujeres mayores de 35 años tuvieron 2.20 veces más riesgo de presentar complicaciones por aborto que las mujeres en edad reproductiva óptima, asociación estadísticamente significativa. (Cuadro No.1)

Las mujeres en su mayoría eran amas de casa, analfabetas, la proporción fue igual para casos y controles, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables demográficas y las complicaciones por aborto. El 66% de las mujeres procedían del área rural y el 34% de la urbana. Las mujeres caso en un 56.7% eran del área rural y 43.3% de la urbana; el 70.7% de las mujeres control eran del área rural y el 29.3% de la urbana, aparentemente el ser del área rural es un factor protector para la aparición de las complicaciones.

Las mujeres en el 85.4% tenían algún grado de escolaridad. Igual comportamiento porcentual tuvieron los casos y los controles. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones del aborto y la escolaridad en las mujeres. En cuanto al estado civil, más del 80% de ellas eran casadas o acompañadas, en igual proporción se dio entre las mujeres casos y controles. No hay asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y las complicaciones entre las mujeres, aunque si un ligero riesgo de complicaciones (1.24). (Ver cuadro No.1A)

El 18.4% de las mujeres tenían antecedentes patológicos familiares, siendo 3 veces mayor entre los casos que entre los controles. Las mujeres con antecedentes patológicos familiares tuvieron 3.99 veces más riesgo de complicaciones por aborto que las mujeres sin antecedentes familiares, asociación estadísticamente significativa. Las patologías más frecuentes fueron: hipertensión arterial, y diabetes. (Ver cuadro No.2)

El 6.9% de las mujeres tenían antecedentes patológicos personales, siendo 5 veces mayor entre los casos que entre los controles. Las mujeres con antecedentes no patológicos tuvieron 5.2 veces más riesgo de complicaciones por aborto que las mujeres sin antecedentes no patológicos, asociación estadísticamente significativa. Las patologías más frecuentes fueron: hipertensión arterial e infecciones de vías urinarias. (Ver cuadro No. 3)

El 16.3% de las mujeres tenían antecedentes de patologías durante el embarazo, siendo 7 veces mayor entre los casos que entre los controles. Las mujeres con patologías durante el embarazo tuvieron 9.66 veces más riesgo de complicaciones por aborto que las mujeres sin patologías durante el embarazo, asociación estadísticamente significativa. (Ver cuadro No. 4)

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos, el 77% de las mujeres habían tenido entre 1-3 hijos y el 23% ninguno, el mismo comportamiento porcentual se presentó entre los casos y los controles. Las mujeres que no tenían ningún antecedente de embarazo tuvieron 1.26 veces más riesgo de desarrollar una complicación por aborto que las que tenían entre 1-3 embarazos anteriores, pero los resultados no tienen significancia estadística. Las mujeres que tenían antecedentes de 4 y más embarazos tuvieron 1.56 veces más riesgo de desarrollar una complicación por aborto que las que tenían entre 1-3 embarazos anteriores, pero los resultados no tienen significancia estadística. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el número de partos y las complicaciones por aborto, aunque si se encontró un ligero riesgo tanto entre las mujeres que nunca habían tenido hijos ($OR=1.22$) y entre las que habían tenido 4 y más hijos ($OR=1.38$).

Solamente el 3.8% de las mujeres tenían antecedentes de cesárea, siendo porcentualmente superior los casos 5.2% que los controles 3.1%. Aunque las mujeres con antecedentes de cesárea tenían 1.65 veces más riesgo de desarrollar complicaciones por aborto que las mujeres sin antecedentes, pero los resultados no son estadísticamente significativos. (Ver cuadro No.5)

El 47.9% de las mujeres en estudio que habían tenido antecedentes de aborto, de las que si tuvieron antecedentes de aborto el 63.9% eran casos y 39.8% eran controles. Las mujeres con antecedentes de aborto tuvieron 2.68 veces más riesgo de desarrollar complicaciones por la misma causa que las que no tenían antecedentes, asociación estadísticamente significativa.

El 40.8% de las mujeres tenían un Intervalo intergenésico menor de 18 meses de gestación, de estas el 51.9% eran casos y el 35.1% eran controles. Las mujeres con periodo intergenésico menor de 18 meses tienen dos veces mas riesgo de presentar complicaciones por aborto que las que tienen mas de 18 meses, asociación estadísticamente significativa.

Solamente el 2.1% de las mujeres del estudio tenían más de 6 semanas de gestación, el mismo comportamiento porcentual se dio entre los casos y los controles. El 72.8% de las mujeres no habían asistido a ningún control prenatal, presentándose el mismo comportamiento entre los casos y los controles. En ambos casos no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las semanas de gestación y las complicaciones y entre la asistencia al CPN y las complicaciones. (Ver cuadro No: 5a)

3.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La Mayoría de las mujeres tanto en los casos como en los controles, procedían de otros Municipios del Departamento de Chontales, no se encontró riesgo entre el origen y las complicaciones, sin embargo el tiempo de llegada a la unidad de salud es un factor que puede contribuir al aumento de las complicaciones en mujeres que se han realizado algún procedimiento para evacuar el útero.

La literatura revisada refiere que las mujeres que tienen bajas condiciones socioeconómicas, estas influyen en el estado de salud de los individuos y las poblaciones y que por lo tanto inciden en la Salud Reproductiva. Es obvio que las mujeres procedentes del área rural tienen más dificultades para llegar a una unidad de salud por la inaccesibilidad geográfica.

Estudios realizados en el Hospital Camilo Ortega Saavedra en el año 1997, por Barea Orozco al et, sobre las complicaciones del aborto, revelan que el 73.5% eran del área rural, 79% amas de casa, 88% tenían nivel de escolaridad menor de sexto grado, menos de la mitad asistieron al control prenatal, el 35% tenían abortos previos, 71% fueron clasificadas como aborto incompleto, el 11% admitió haberse realizado una practica abortiva, un 35% presentaron complicaciones siendo la principal la Anemia y las Infecciones.

En el estudio se encontró que la mayoría de las mujeres tanto de los casos como de los controles, estaban consideradas dentro de la edad optima de reproducción, 20-34 y que estas tenían igual probabilidad de presentar complicaciones por aborto, que aquellas mujeres en edades extremas esto se puede relacionar a que muchas mujeres inicia su actividad sexual a temprana edad y tener su primer hijo en edades mas jóvenes, de tal manera que cuando alcanza su edad mas optima de paridad son mujres de mas de tres partos, sumándose a esto su deficiente control prenatal, ya que hay evidencia que las mujeres que no reciben cuidados prenatales corren mayor riesgo de presentar complicaciones, sin embargo solo el 16.6% eran mujeres mayores de 35 años, teniendo igual comportamiento porcentual entre los casos y los controles y un **OR = 2.2**, encontrando asociación estadísticamente significativa entre las edades extremas y las complicaciones.

En estudio realizado en San José de Martiguas, en 1995 por Navarro y Guevara sobre el comportamiento Clínico y Epidemiológico del aborto, encontraron que las edades mas frecuentes eran de 19-34 años, con escolaridad primaria con 42%, amas de casas 95%, el 35% tenían abortos previos y el 63% fueron clasificadas como abortos incompletos. Según la literatura las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar un aborto son las que tienen edades extremas, comparándolo con nuestra realidad Nicaragüense las mujeres que mas se embarazan son las Adolescentes y las añosas, contrastándolo con la hipótesis que dice que las mujeres con edades extremas de vida reproductiva, son factores de riesgo

Al valorar el tiempo entre la llegada a la unidad de salud y la atención recibida de las mujeres que tuvieron complicaciones del aborto el 78.9% tardaron mas de 12 horas, de estas el 78.1% eran casos y el 79.4% eran controles, contra las que tardaron menos de 12 horas que fue el 21.1%, de estas el 21.9% eran casos y el 20.6% eran controles. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la hora de llegada y la atención y las complicaciones por aborto.

Al valorar la condición de llegada a la unidad de salud el 74.2% era Estable, de estas el 38.6% eran casos y el 92.2% eran controles y el 25.8% llegaron Inestables, de estas el 61.4% eran casos y el 7.8% eran controles.

Las mujeres que llegaron en condición Inestables tenían 18.71 veces mas riesgo de presentar complicaciones del aborto que las que llegaron en condiciones estables, resultado estadísticamente significativo. (Ver cuadro No. 6.) El 82.3% de las mujeres ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto, correspondiendo el 72.2% a los casos y el 87.4% a los controles; le sigue el aborto en curso, 7.3%, otros con 5.6% y en último lugar el aborto infectado con el 4.9% de las mujeres, todas ellas presentaron complicaciones. En ninguno de los diagnósticos se encontró asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ingreso y la presencia de complicaciones, aún cuando las mujeres que ingresaron con otras clasificaciones de abortos presentaron un OR de 1.57. (Ver cuadro No7)

Los tratamientos usados en el mismo porcentaje fueron los líquidos IV+AB+LUI y Líquidos IV+LUI, inversamente usado en primero en mayor porcentaje para los controles y el segundo para los casos. No hay asociación estadísticamente significativa entre el tipo de tratamiento y la presencia de complicaciones. (Ver cuadro No. 8) El 79.4% de las mujeres permanecieron menos de 3 días posteriores a la realización del aborto. Las mujeres que se complicaron alcanzaron un 49% y las que no se complicaron 94.8%.(20.6% del total, con 51% para los casos y 5.2% para los controles) Las mujeres que permanecieron más de 3 días en el hospital tuvieron 18.9 veces más riesgo de desarrollar complicaciones por aborto que las que permanecieron menos de 3 días, asociación estadísticamente significativa.

Al 71.1% de las mujeres el legrado se lo realizó el médico especialista y el 28.9% el médico general, la distribución porcentual de casos y controles fue prácticamente igual. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones de aborto y la calificación del médico que realizó el legrado. (Ver cuadro No. 9)

El 55.5% de las mujeres egresaron sanas de la unidad de salud y el 44.5% convaleciente. Porcentualmente se invierten los resultados al realizar la distribución de casos y controles, ya que el 94.8% las mujeres con complicaciones egresaron convalecientes y el 81.2% de las mujeres sin complicaciones egresaron sanas. (Ver cuadro No. 10) Las complicaciones más frecuentes de las mujeres que las presentaron fueron: 52.1% hemorragias, 34.4% sepsis, 10.4% anemia y 3.1% otras. (Ver cuadro No. 11)

reproductivo que aumentan 2 veces mas los riesgos de presentar complicaciones por aborto, esta hipótesis se cumple con lo que dicen los resultados del estudio ya que las edades que presentaron las mujeres en estudio están comprendidas en este rango.

Se observo en cuanto a la ocupación de la Mayorga de las mujeres tanto en los casos como en los controles eran amas de casa (mayor predominio fisco) y que estas tienen 1.07 veces mas riesgo de complicarse que aquellas mujeres cuya ocupación no conlleve esfuerzos fisicos (OR = 1.07). Esto debido a que una ama de casa además de realizar sus actividades en el hogar tiene que realizar trabajos ocupacionales fuera de este para subsistir con su familia.

En estudio realizados por Velásquez Jove en 1995, sobre los Aspectos Clínicos y Epidemiológicos del aborto, revela que el 69.2% eran amas de casa, otros estudios realizados por Ruiz Xiomara en el Hospital José Neebrodsky el 1990 – 1994. Sobre las Características Epidemiológicas Tratamiento y Evolucion del Aborto, refleja que el 71% eran amas de casa y así sucesivamente en casi todos los estudios el porcentaje de amas de casa es alto y según la literatura las mujeres que tienen mayor numero de factores de riesgo tienen mayor probabilidad de presentar una complicación por aborto, debido al esfuerzo físico que realizan en los que hacen del hogar. Los resultados de esa variable no son estadísticamente significativos con un **IC= 0.46** para un valor de **P = 0.85**.

En cuanto a la procedencia, tanto de los casos como de los controles en su gran mayoría eran de origen rural. Encontrándose que el 56.7 de las mujeres de del área rural eran casos y el 43.3 % del área urbana con **OR = 0.54** aparentemente el ser del área rural es un factor protector sin embargo tienen igual probabilidad de presentar complicaciones por aborto. Según estudio realizado en el Hospital Camilo Ortega Saavedra en el año 1997 por Barea Orozco refleja que el 73.5% eran procedentes del área rural, el 79% eran amas de casa, entre otros Factores Socioeconómicos. En comparación con la literatura escrita en sobre los factores de riesgo asociados a la morbi mortalidad materna por aborto y con baja condición socioeconómica, que tienen dificultades para asistir a las unidades de salud por la inaccesibilidad geográfica y el desconocimiento de los servicios de salud, que son una prioridad que son una prioridad para las mujeres embarazadas y para la niñez, razón por la cual una mujer que presenta un aborto puede presentar complicaciones que la puede conducir a una muerte materna.

Según estudio realizado en el Hospital Camilo Ortega Saavedra en 1,997, se encontró que el 88% tenían nivel de escolaridad menor de sexto grado, en otro estudio realizado por Moya García, Valezka et al en el Hospital García Laviana en el año 2001 sobre el comportamiento clínico y manejo terapéutico del aborto, encontraron que en su mayoría de las mujeres en estudio, el nivel de escolaridad era menor de sexto grado y como se puede observar en todos los estudios realizados el nivel de escolaridad es bajo, siendo este un factor socioeconómico muy importante para la mujer, porque según la literatura el deterioro socioeconómico y el bajo nivel de educación se asocian al hacinamiento, al

numero de consultas prenatales deficientes, a familias muy numerosas y mayor porcentajes de embarazos cuya actividad laboral continua hasta muy avanzado su embarazo, lo cual forma un circulo vicioso que aumenta a un mas el riesgo de desarrollar daños y en ocasiones un aborto que la puede llevar a una muerte materna. Y dando respuesta a la hipótesis que dice que las mujeres analfabetas y/o con primaria incompleta tienen 2 veces mas riesgo de presentar complicaciones, que las mujeres con primaria completa o con mas nivel de escolaridad y según los resultados encontrados en el estudio esta se cumple con la realidad.

Según los resultados en cuanto al estado civil más del 80% de las mujeres eran casadas o acompañadas, en estudio realizado se encontró en su gran mayoría que las mujeres en estudio eran amas de casa y según la literatura el estado civil es un condicionante importante para que se presente un factor de riesgo reproductivo, pero que tenemos que tomar en cuenta que a este se asocian otros como el trabajo domestico que requiere de mucho esfuerzo físico, la edad extrema, la Violencia Intra Familiar, entre otras que nos pueden conducir a que se nos presente una complicación por aborto o una muerte materna.

El 18.4% de las mujeres tenían antecedentes patológicos familiares (Hipertensión Arterial, Infección de Vías Urinarias, Diabetes, entre otras) siendo 2 veces mayor el riesgo entre los casos como entre los controles, según el estudio las mujeres con antecedentes patológicos familiares tuvieron 3.99 veces mas riesgo de complicarse por aborto, que las sin antecedentes familiares. Y según la literatura las mujeres que tenían mayor riesgo de presentar un aborto son las que tienen antecedentes patológicos familiares (como la Hipertensión Arterial, Infección de Vías Urinarias, Diabetes Gestacional) ya que están expuestas a presentar estas patologías durante el embarazo, por lo tanto según el estudio corren el riesgo de presentar complicaciones por aborto y que las puede llevar hasta la muerte materna.

Según la literatura las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar un aborto son las que tienen antecedentes patológicos no personales como el tabaquismo, la drogadicción, ya que estos aumentan la frecuencia de neonato con bajo peso al nacer, el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, la presencia de placenta previa y de fenómenos que aumentan el riesgo fetal o materno de muerte o lesión. Así como las que ingieren alcohol, ya que se ha considerado que este produce un efecto dañino para el feto y se asocia al retraso del crecimiento, dismorfología facial, hay deficiencia del sistema nervioso central y otras anomalías.

Según los resultados obtenidos se da respuesta a la tercera hipótesis que habla de los hábitos tóxicos de las mujeres en estudio, que incrementan tres veces mas riesgo para que se presenten complicaciones por aborto, es decir la hipótesis se acepta aun no habiendo encontrado relación en los antecedentes del estudio, pero si cumple con los objetivos específicos.

Las mujeres con antecedentes familiares más del 60% presentaron complicaciones del aborto y las patologías más frecuentes fueron similares a las que presentaron las mujeres con antecedentes patológicos personales y no personales.

En este estudio se observó que las mujeres con antecedentes patológicos personales tuvieron 9.66 veces más riesgos de presentar complicaciones por aborto que aquellas que no tenían antecedentes patológicos personales con una $P = 0.0003759$. Las patologías más frecuentes entre los casos y los controles fueron: HTA, IVU, Diabetes y anemia. Es bien sabido que la hipertensión arterial está asociada a la muerte fetal y hemorragias, siendo la principal causa de muerte materna en Nicaragua y que en este estudio ocupa un lugar importante como complicación y según la literatura los antecedentes patológicos personales o cuando se toma en consideración las enfermedades clínicas o quirúrgicas que la embarazada y sus familiares más cercanos hayan padecido, así como su evolución y que es importante evaluar el grado de secuela que el cuadro pudo haber dejado y también se cumple con la hipótesis de los antecedentes porque si la mujer tiene antecedentes de haber presentado patología, tiene mayor riesgo de presentar complicaciones.

En este estudio se observó que las mujeres con antecedentes gineco obstétrico el 77% habían tenido entre 1 y 3 hijos. El mismo comportamiento porcentual se presentó entre los casos y los controles. Las mujeres que no tenían ningún antecedente de embarazo tuvieron 1.26 veces más riesgos de desarrollar una complicación por aborto, pero los resultados no tienen significancia estadística. Es bien sabido que el síndrome hipertensivo gestacional es un factor de riesgo reproductivo, siendo una de las causas más importantes de morbilidad en los países en desarrollo y que tiene la probabilidad de presentarse nuevamente en un embarazo subsecuente. Afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en edades extremas de la vida reproductiva, mujeres obesas y desnutridas y con padecimientos de diabetes y enfermedades renales o hipertensivas. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el número de partos y las complicaciones por aborto, con un ligero riesgo entre las mujeres que nunca habían tenido hijos con un **OR = 1.22** y las que habían tenido más de 4 hijos con un **OR = 1.38**.

En el estudio solamente el 3.8% de las mujeres tenían antecedentes de cesaria, siendo porcentualmente superior los casos con 5.2% que los controles con que tenían 3.1%, sin embargo se encontró un **OR = 1.65** lo que demuestra que las mujeres con antecedentes de cesaria tienen 2 veces más riesgos de complicarse durante un aborto que aquellas que no tenían dicho antecedente. En la literatura se reporta la cesaria como un factor de riesgo para las mujeres que se complican cuando se presenta un aborto, los resultados en relación a esta variable no son estadísticamente significativos obteniendo un **IC = 1.65** y un valor de **P = 0.43**.

En cuanto al antecedente de aborto, se encontró que ambos grupos tenían dichos antecedentes y que las mujeres con antecedentes de aborto tuvieron 2.68 veces

mas riesgos de desarrollar complicaciones por la misma causa. Según la literatura cuando se presenta un aborto, este es un factor de riesgo para que se presente una complicación, ya que estas están determinadas por el tipo de aborto que se presente (espontáneo o inducido), siendo mas frecuente en el aborto inducido principalmente de carácter infeccioso así como también la tardanza de la paciente en buscar atención medica una vez iniciado los síntomas. Encontrando asociación entre las variables y las complicaciones y con valores estadísticamente significativos con un **OR = 2.68** y un valor de **P = 0.0001102**. y comparándolo con la hipótesis este se cumple en cuanto a las mujeres que tienen antecedentes de aborto y se relaciona con lo documentado en la literatura.

En relación al periodo intergenesico, se encontró que ambos grupos tenían un periodo intergenesico adecuado, sin embargo hay asociación entre la variable periodo intergenesico y la presencia de complicaciones con un **OR = 2.00**, es decir que las mujeres con periodo intergenesico inadecuado tienen 2 veces mas riesgos de presentar complicaciones que aquellas mujeres con periodo intergenesico adecuado. Esta bien documentado en la literatura que las embarazadas con corto periodo intergenesico (menor de 2 años), es un factor que debemos de tomar en cuenta ya que las embarazadas que se inician poco después del parto anterior pueden implicar mayores riesgos para las mujeres, al igual que la presencia de anemia, así como la muerte materna se ve incrementada. Todas estas complicaciones fueron encontradas en este estudio, los resultados son estadísticamente significativos encontrando un **OR = 2.00**, un **(IC = 1.11-3.6)** y un valor de **P = 0.0135109**

En cuanto a las semanas de gestación según el estudio, la mayoría de las mujeres tanto en los casos como en los controles, no habían asistido a ningún control prenatal, no encontrando asociación estadísticamente significativa, entre las semanas de gestación y las complicaciones por aborto y entre la asistencia al control prenatal y las complicaciones. Con un **OR = 0.97** y un valor de **P de 0.97**. Según la literatura esta bien documentado que los controles prenatales son de mucha importancia, para detectar a tiempo las complicaciones que se pueden detectar durante el embarazo. La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de alto riesgo; cuyo embarazo puede tener un desenlace insatisfactorio, teniendo como finalidad garantizar en todo lo posible, un embarazo, un parto o un aborto sin complicaciones. Esta comprobado científicamente que las mujeres que no reciben cuidados prenatales corren mayor riesgo de presentar complicaciones.

Al valorar el tiempo entre la llegada a la unidad de Salud y la atención recibida de las mujeres que tuvieron complicación del aborto, una gran mayoría tardaron mas de 12 horas en recibir atención y si tomamos en cuenta la condición de llegada inestable, tenían 18.71 veces mas riesgos de presentar complicaciones del aborto que las que llegaron en condición estable, cumpliendo con lo planteado en la hipótesis según la condición de ingreso por aborto que dice que las mujeres tienen mas riesgos de presentar complicaciones por el evento, que las mujeres

que ingresaron en condición estable. Los resultados son estadísticamente significativos, entre la condición de llegada que según los resultados tuvieron condición inestable 18.71 veces mas riesgos de presentar complicaciones con un **OR = 18.71** y un Valor de **P = < 0.05**.

Según literatura las complicaciones se determinan por el tipo de aborto que se presenten (espontáneo o Inducido) siendo mas frecuente el aborto inducido, principalmente de carácter infeccioso, así como la tardanza de la paciente en buscar atención medica, una vez iniciado los síntomas, considerándose que las complicaciones mas graves del aborto se han asociado al aborto provocado.

En relación a la complicación del aborto el 82.3 % de las mujeres ingresaron con diagnósticos de aborto incompleto, correspondiendo al 72.2 %, seguido del Aborto en curso con 7.3 %, otros con 5.6 % y en ultimo lugar el Aborto infectado con el 4.9 %, y todas presentaron complicaciones, es decir que además de los tipos de aborto, los otros tipos de aborto reflejan que tienen 1.57 Veces mas riesgos de presentar complicaciones. No encontrando asociación estadísticamente significativa entre el diagnostico de ingreso y las complicaciones, con un **OR = 1.57** y un Valor de **P de 0.38**.

Según literatura en 1995 Navarro y Guevara realizaron un estudio sobre el comportamiento clínico y epidemiológico del aborto en el hospital San José de Matiguas, encontrando además de los factores socioeconómicos, que las mujeres tenían abortos previos el 63 % y que se clasificaron como abortos incompletos. Esta bien documentado que las principales complicaciones del aborto están relacionadas a las infecciones y hemorragia y que la mujer corre el peligro de perder el Útero o la vida o dejarle secuela invalidantes (Infertilidad o Esterilidad), enfermedad pélvica crónica, entre otras, que pueden ser tratadas y con un resultado insatisfactorio.

En el estudio se encontró que las mujeres que permanecieron mas de tres días de realizarse el aborto, tuvieron 18.9 veces mas riesgos de presentar complicaciones por abortos que las que permanecieron menos de tres días, y en la mayoría de las mujeres que ingresaron por aborto, el Lgrado fue realizado por Médicos Especialistas, no encontrando asociación estadísticamente significativas, entre las complicaciones del Aborto y la calidad del Medico que realizo el Lgrado, esta confirmado que las pacientes pueden ser afectadas por infección cruzadas, es decir percibidas en el Hospital. Además esto viene a empeorar el cuadro clínico de las pacientes en estudio y que puede terminar en una muerte materna.

En este estudio el egreso de las mujeres tanto en los casos como en los controles, en su totalidad fueron dadas de alta y las que presentaron complicaciones egresaron convalecientes.

Con respecto a las complicaciones del aborto encontradas en el estudio las mas frecuentes fueron: las hemorragias con el 52.1 %, las Sepsis con el 34.4 %, la



anemia con el 10.4 % y otras complicaciones con el 3.1 %. Esta bien documentado que las principales complicaciones del aborto están relacionadas a infecciones y hemorragias y que las mujeres corren el riesgo de terminar en una histerectomía o perder la vida, además estos tipos de complicaciones se clasifican en **Complicaciones tempranas**, divididas en:

a) **Las Inmediatas.** entre estas tenemos:

Las hemorragias que habitualmente se producen por restos ovulares, y deben ser tratadas como un cuadro de urgencia, por la presencia de anemia, Shock Hipovolemico, y el tratamiento es el Legrado Uterino.

b) **Las Mediatas.** Entre estas tenemos:

- **Shock Séptico** (Sepsis), la mayoría son infecciones Poli microbiana: los micro organismos más frecuentes son E. Coli S. Aureus, clostridium perfringes y bacteroides.
- Infecciones Localizadas: Endometritis y Cervicitis, la Metrorragia puede ser el signo mas destacado.
- Infecciones Propagadas: siendo las vais principales.
- Canicular.
- Conjuntivo Linfático, Temática y Traumática, entre otras.

3.3. CONCLUSIONES

1. Los principales Factores de Riesgo asociados a las complicaciones del aborto estadísticamente significativas entre las mujeres del estudio son:

- a) Las mujeres mayores de 35 años.
- b) Las mujeres con antecedentes patológicos familiares, con antecedentes patológicos personales.
- c) Las mujeres que presentaron patologías durante el embarazo.
- d) Las mujeres que tuvieron anemia.
- e) Las mujeres con antecedentes de aborto.
- f) Las mujeres con periodo Intergenesico menor de 18 meses.
- g) Las mujeres que ingresaron en condiciones inestables.
- h) Las mujeres que estuvieron hospitalizadas más de 3 días.

2. Los principales Factores de Riesgo asociados a las complicaciones del aborto sin significancia estadísticas entre las mujeres del estudio son:

- a) Las mujeres menores de 20 años, amas de casa y las solteras
- b) Las mujeres primigestas, sin ningún parto, las que han tenido más de 4 hijos y las de antecedentes de cesáreas.
- c) Las mujeres que les realizó el legrado el médico general.

Las principales Complicaciones fueron: Las Hemorragias, la Anemia, las IVU y la Sepsis.

3.4. RECOMENDACIONES

1. Que las Organizaciones presentes en el territorio unan esfuerzos para impulsar campañas educativas dirigidas a los grupos de riesgo (Adolescentes, Mujeres en Edad Fértil) así como programas integrales en Salud Sexual y Planificación Familiar.
2. El MINSA debe garantizar que las pacientes antes de egresar de las Unidas de Salud reciban atención Psico- Social y consejería para que ellas decidan como planificar y espaciar los embarazos de manera responsable y segura.

4.1. BIBLIOGRAFIA

1- Acevedo, Lesbia. et. Al. Morbimortalidad Materna por Aborto Inducido, Hospital Bertha Calderón Roque. [Investigación] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1992.

2 - ``Aborto Clandestino, muchos problemas `` [Monografía] Dirección Internet fecha: 12/03/05.

3 - Aragón, José. et al. `` Prevalencia del Aborto, Hospital Fernando Vélez País `` [Monografía] Managua UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1994. Pág. 2 y 18

4 – Barea Orozco, Nubia. ``Complicaciones y Manejo Terapéutico del Aborto, Hospital Camilo Ortega Saavedra, Juigalpa `` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1997.

5 – Benítez Acevedo, Gloria. `` Derechos Sexuales y Reproductivos y el Aborto. `` [Folleto, Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f, Pág. 47

6 - Benítez Acevedo, Gloria. `` Derechos Sexuales y Reproductivos y el Aborto. `` [Folleto, Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f, Pág. 2.

7 - Blandino y Gómez. `` Mortalidad por Aborto `` [Monografía] Hospital Bernardino Díaz Ochoa, Granada. `` Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1993, Pág. 14.

8 - Cabral, Alejandro. `` Comportamiento del Aborto. `` [Monografía] San Juan de Maguana, Republica Dominicana; 1991, Pág. 24

9 - `` Consecuencias del Aborto para la mujer `` [Monografía] Dirección de Internet. Fecha. 12/03/05.

10 - ``Millones afectados por Morbilidades.`` Family Health Internacinal. Washington; D. C: OPS; 1994.

11 - Moya, Valezka. et al ``Comportamiento Clínico y Manejo Terapéutico del Aborto, Hospital García Laviana de Rivas.`` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 2001.

12 – Navarro y Guevara. `` Comportamiento Clínico y Epidemiológica del Aborto Espontáneo, Hospital San Juan de Dios de Matiguas, Matagalpa. `` [Monografía] Managua: UNAN Facultad de Ciencias Medicas, 1995. Pág.: 23.

13 - Nicaragua. `` Evaluación Municipal `` [Informe] Juigalpa: Dirección de Servicios de Salud y Planificación SILAIS Chontales; 2005.

14 - Nicaragua, Ministerio de Salud. Normas de Atención al Aborto. Managua: Dirección Materno Infantil/ Dirección de Atención Integral a la Mujer; 1989.

15 - Nicaragua. Título I ``Delito contra las personas.`` en Código Penal Capítulo V

16 - Nicaragua, Ministerio de Salud `` Conceptualización del Aborto, aspectos éticos, legales y sociales y relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos `` [Modulo del Aborto, Diplomado Salud Sexual.] Managua. FONMAT/ PMSS; s f. Pág. 4.

17 - Pizarro, Ana Maria. Experiencia de los Servicios Alternativos en relación con el Aborto. Managua Servios Integrales para la Mujer. Si Mujer. 1994. Pág. 5.

18 - `` Psicología y Conceptualización del Aborto `` [Monografía] Dirección de Internet, fecha: 12/03/05.

19 - Ruiz, Xiomara. et al. `` Caracterización Epidemiológica, Tratamiento y Evolución del aborto, Hospital Jove Niebrowsky, Boaco. `` Managua UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1994. Pág. 2 y 19.

20 - Ramos Liseth. et al. `` Comportamiento del Aborto y Manejo Terapéutico en pacientes Ingresados al servicio de GinecoObstetricia del Centro de Salud con Camas Jacinto Hernández de Nueva Guinea [Monografía] Managua: UNAN FACULTAD de Ciencias Medicas; Enero 1998 – Diciembre 1999.

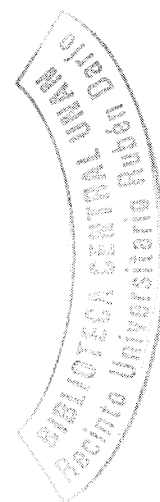
21 - Schwarcz, Ricardo L. et al. El Aborto. En Obstetricia, Buenos Aires: El Ateneo; 1998. Cap. 8 PP: 175 – 186.

22 - Taleno Velásquez. et al. `` Comportamiento del Aborto Inducido Ilegalmente `` Hospital Bertha Calderón Roque, Managua UNAN Facultad de Ciencias Medicas, 1993, Pág. 13.

23 - UNAN. Facultad de Ciencias Médicas. `` Derechos Reproductivos, diferentes enfoques del Aborto en el contexto de los Derechos Reproductivos. `` [Modulo del Aborto. Diplomado Salud Sexual] Managua. FONMAT/ MINSA; s f. pp. 54 – 55.

24 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Legalidad del Aborto `` [Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f Pág.: 5.

25 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Complicaciones del Aborto `` [Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS / MINSA; s f, Pág. 47.



26 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Análisis de la Situación del Aborto de Salud Pública de Nicaragua 2002. Módulo de Aborto, Diplomado Salud [Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS / MINSA. S f Pág. 26

27 - Vásquez, José. et al `` Aspectos Clínicos y Epidemiológicos del Aborto. Hospital Camilo Ortega Saavedra, Juigalpa. `` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1992. Pág. 21.

ANEXOS

CUADRO NO. 1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000-JUNIO 2005 SILAIS CHONTALES

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n=97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Municipio de							0.61
procedencia:							0.36-1.03
❖ Otros Municipios	53	54.6	127	66.5	180	62.5	3.84
❖ Juigalpa	44	45.4	64	33.5	108	37.5	0.0499607
Edad:	n=79		n=172		n=251		1.27
							0.67-2.41
❖ Menos de 20	23	29.1	42	24.4	65	25.9	0.62
❖ 20 a 34	56	70.9	130	75.6	186	74.1	0.4312553
Edad:	n=74		n=149		n=223		2.20
							1.01-4.78
❖ 35 y más	18	24.3	19	12.8	37	16.6	4.76
❖ 20 a 34	56	75.7	130	87.2	186	83.4	0.0290702

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa
Julio 2000-Junio 2005 SILAIS Chontales

CUADRO No. 2

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005 SILAIS CHONTALES

ANTECEDENTES*	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n=97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Familiares							3.99 2.05-7.77 20.65 0.0000055
❖ SI	32	33.0	21	11.0	53	18.4	
❖ NO	65	67.0	170	89.0	235	81.6	
Tipo de patologías	n=32		n=21		n=53		
HTA	17	53.1	19	90.5	36	67.9	
Diabetes	9	28.1	3	14.	12	22.6	
Cardiopatía	3	9.4	1	4.7	4	7.5	
Parto gemelar	3	9.4	--	--	3	5.7	
Asma	2	6.2	--	--	2	3.7	
Epilepsia	1	3.1	--	--	1	1.9	
CACU	1	3.1	--	--	1	1.9	
CA gástrico	1	3.1	--	--	1	1.9	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

* **3 pacientes casos y 3 controles** reportaron como Antecedente No patológico el hábito de consumo de café. Se registro **una mujer control** con antecedentes de ITS

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005 SILAIS CHONTALES

ANTECEDENTES*	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n=97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Familiares							5.2 1.79-1579 12.65 0.0003759
❖ SI	14	14.4	6	3.1	20	6.9	
❖ NO	83	85.6	185	96.9	268	93.0	
Tipo de patologías	n=14		n=6		n=21		
HTA	5	35.7	--	--	5	23.8	
IVU	2	14.3	3	50.0	5	23.8	
Anemia	2	14.3	--	--	2	9.5	
Abortiva habitual	--	--	1	16.7	1	4.8	
Aborto	--	--	1	16.7	1	4.8	
Anemia crónica	1	7.1	--	--	1	4.8	
CAAB(+)	1	7.1	--	--	1	4.8	
Dispareumia	1	7.1	--	--	1	4.8	
Diabetes	1	7.1	--	--	1	4.8	
Infertilidad			1	16.7	1	4.8	
Sarampión y Rubeola	1	7.1	--	--	1	4.8	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 4

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005. SILAIS CHONTALES

PATOLOGÍAS	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n=97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Durante el embarazo:							
❖ SI	36	37.1	11	5.8	47	16.3	9.66 4.40-21.59
❖ NO	61	62.9	180	94.2	241	83.7	46.15 0.0000000
Tipo de Patologías	n=36		n=11		n=47		
Anemia	23	63.9	1	9.1	24	51.0	
IVU	15	41.7	8	72.7	23	48.9	
Vómitos y nauseas	3	8.3	4	36.4	7	14.9	
Anorexia	4	11.1	2	18.2	6	12.8	
HTA	2	5.6	--	--	2	4.2	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS COMO FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO.
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION.
JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005
SILAIS CHONTALES

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	CONDICION DE RIESGO						
	CASOS		CONTROLES		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Gestas:	n=54		n=124		n=178		
❖ Ninguno	14	25.9	27	21.7	41	23.0	1.26 0.56-2.81 0.36
❖ 1 a 3	40	74.1	97	78.2	137	77.0	0.5464586
Gestas:	n=83		n=164		n=247		
❖ 4 y más	43	51.8	67	40.8	110	44.5	1.56 0.88-2.74 2.67
❖ 1 a 3	40	48.2	97	59.2	137	55.5	0.1025153
Partos:	n=97		n=191		n=288		
❖ Ninguno	27	27.8	50	26.2	77	26.7	1.38 0.73-2.60 1.11
❖ 1 a 3	42	43.3	95	49.7	137	47.6	
❖ 4 y más	28	28.9	46	24.1	74	25.7	0.2915877
Cesárea:	n=97		n=191		n=288		
❖ 1 y más	5	5.2	6	3.1	11	3.8	1.65 0.43-6.41 0.71
❖ Ninguna	92	94.8	185	96.9	277	96.2	0.4003317

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 5A

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS COMO FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO.
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION.
JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005
SILAIS CHONTALES

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	CONDICION DE RIESGO						
	CASOS		CONTROLES		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Antecedentes de aborto:	n=97		n=191		n=288		2.68 1.57-4.59
❖ SI	62	63.9	76	39.8	138	47.9	14.95
❖ NO	35	36.1	115	60.2	150	52.1	0.0001102
Periodo integenesico:	n=79		n=154		n=233		2.00 1.11-3.6
❖ Menos de 18 meses	41	51.9	54	35.1	95	40.8	6.10
❖ Más de 18 meses	38	48.1	100	64.9	138	59.2	0.0135109
Semanas de gestación:	n=97		n=189		n=286		0.97
❖ Más de 6	2	2.1	4	2.1	6	2.1	0.12-6.31
❖ Menos de 6	95	97.9	185	97.9	280	97.9	0.00
Asistencia al CPN:	n=96		n=191		n=287		0.9757326
❖ NO	68	70.8	141	73.8	209	72.8	0.86
❖ SI	28	29.2	50	26.2	78	27.2	0.48-1.54
							0.29
							0.5919363

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

RECIBIDO
BIBLIOTECA CENTRAL
JULIO 2005

CUADRO No. 6

CONDICION DE INGRESO DE LA MUJER COMO FACTOR DE
RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO.
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION.
JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005
SILAIS CHONTALES

CONDICION DE INGRESO*	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS		Controles		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Tiempo entre la llegada a la U/S y la atención	n=96		n=189		n=285		0.93 0.49-1.77 0.06 0.8085672
❖ Más de 12 hrs.	75	78.1	150	79.4	225	78.9	
❖ Menos de 12 hrs.	21	21.9	39	20.6	60	21.1	
Condición de llegada a la U/S	n=96		n=191		n=287		18.71 9.16-38.75 95.6 0.000000
❖ Inestable	59	61.4	15	7.8	74	25.8	
❖ Estable.	37	38.6	176	92.2	213	74.2	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000-Junio 2005. SILAIS Chontales

* El 98.8% de las **mujeres casos y controles** llegaron a la U/S después de las 12 horas del inicio de los síntomas. Solamente **1 mujer control** refiere maniobras abortivas

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO DE INGRESO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO
A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005
SILAIS CHONTALES

DIAGNOSTICO DE INGRESO	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n=97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Aborto Incompleto	70	72.2	167	87.4	237	82.3	0.37 0.19-0.72 10.26 0.0013616
Aborto Incompleto Infectado	14	14.3	--	--	14	4.9	
Aborto en curso	6	6.2	15	7.8	21	7.3	0.77 0.26-2.22 0.26 0.6075262
Otros*	7	7.2	9	4.7	16	5.6	1.57 0.51-4.80 0.77 0.3813504

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

* Se incluye un aborto terapéutico por anencefalia en **una mujer caso**

CUADRO No. 8

CONDUCTA TERAPEUTICA USADA COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION.
JUIGALPA JULIO 2000- JUNIO 2005
SILAIS CHONTALES

CONDUCTA TERAPEUTICA	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS n = 97		CONTROLES n=191		TOTAL n=288		
	No.	%	No.	%	No.	%	
❖ Líquidos IV+ ATB	--	--	3	1.6	3	1.0	0.15 0.08-0.28 45.35 0.0000000
❖ Líquidos IV+ LUI	20	20.6	118	61.8	138	47.9	
❖ Líquidos IV+ ATB+ LUI	77	79.4	70	36.6	147	51.1	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000-Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 9

DIAS DE HOSPITALIZACION Y PERSONAL QUE PRÁCTICO EL
LEGRADO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO. PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000-JUNIO 2005
SILAI CHONTALES

ATENCION INTRAHOSPITALARIA	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
	CASOS		CONTROLES		TOTAL		
	No.	%	No.	%	No.	%	
DIAS DE HOSPITALI- ZACION							
❖ Más de 3 días	n =96 49	51.0	n=191 10	5.2	59	N=287 20.6	18.87 8.45-43.15
❖ Menos de 3 días	47	49.0	181	94.8	228	79.4	81.8 0.0000000
PERSONA QUE REALI- ZO EL LEGRADO:	n=97		n=190		n=2		1.16
❖ Médico General	30	30.9	53	27.9	87 83	28.9	0.65-2.04 0.29
❖ Médico especialista	67	69.1	137	72.1	204	71.1	0.5925440

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 10

CONDICION DE EGRESO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS POR
ABORTO EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000-
JUNIO 2005 SILAIS CHONTALES

CONDICION EGRESO	DE	CONDICION DE RIESGO						OR IC Ch2 P
		CASOS		CONTROLES		TOTAL		
		No.	%	No.	%	No.	%	
Sana		5	5.2	155	81.2	160	55.5	
Convaleciente		92	94.8	36	18.8	128	44.5	
TOTAL		97	100.0	191	100.0	288	100.0	

Fuente: expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el Hospital Asunción. Juigalpa.
Julio 2000- Junio 2005. SILAIS Chontales

CUADRO No. 11

**TIPO DE COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS POR
ABORTO EN EL HOSPITAL ASUNCION. JUIGALPA JULIO 2000-
JUNIO 2005 SILAIS CHONTALES**

n= 96

COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES	No.	%
Sepsis	33	34.4
Hemorragias	50	52.1
Anemia	10	10.4
Otras	3	3.1

CUADRO No. 1

SILAIS	TASAS x 1,000 2,003	TASAS x 1,000 2,004
Madrid	3.8	3.6
Nva Segovia	4.6	3.8
Esteli	4.3	3.9
Chinandega	4.6	4.8
León	4.8	4.9
Managua	4	5.1
Rivas	4.9	4.3
Granada	5	4.5
Carazo	6.2	5.5
Masaya	3.6	4.1
Boaco	4	4.5
Chontales	2.9	3.5
Jinotega	6	5.7
Matagalpa	3.7	4.5
RAAN	4.7	4.9
RAAS	3.4	4.6
Río San Juan	2.4	3.1
País	4.2	4.4

Fuente: Estadísticas vitales, MINSA

Las tasa de aborto por cada Departamento del País de los años 2003- 2004, tal como se observa no hay diferencia entre los años, la tasa mas alta en ambos años fue Jinotega con el 6 y 5 respectivamente, seguida de Carazo con 6.2 y 5.5 en 2003-2004, la RAAN y León con el 4.7 y 4.9 cada uno de ellas. Todas ellas por encima del promedio de todo el país que fue de 4.2 y 4.4 para el 2003-2004.

El SILAIS Chontales en el 2,003 tuvo una tasa de 2.9 y se incremento a 3.5 por mil en el año 2,004.

CUADRO No. 2**Casos de Abortos del SILAIS Chontales de Julio del 2000 a Junio 2005**

Municipios	2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	I Sem 2,005	Total
Comalapa	6	5	3	4	6	4	
Cuapa	4	3	2	1	3	1	
Juigalpa	70	68	79	85	86	46	
Acoyapa	17	14	15	13	11	9	
Sto Tomas	4	2	4	16	4	5	
San Pedro	3	3	2	2	1	3	
La Libertad	5	6	8	6	6	4	
Sto Domingo	13	12	7	11	14	4	
El Ayote	4	4	2	3	3	2	
Villa Sandino	8	7	5	7	8	2	
El Coral	3	3	1	2	5	3	
Muelle	13	11	6	18	21	6	
El Rama	11	8	10	10	5	7	
Nva. Guinea	22	12	10	21	9	2	
Otros					2		
Total	183	158	154	199	184	98	976
Complicaciones	28	32	27	27	44	26	184
%	15.3	20.2	17.5	13.6	23.9	26.5	18.8

Fuente: Estadísticas SILAIS Chontales Primer semestre 2005

Como se puede observar en el cuadro No; 2 se presentan los casos de abortos por Municipio de los años 2000 al I semestre 2005. En todo el periodo totalizan 976 casos, correspondiendo a Juigalpa el 44.5%, seguido de 8.1% Acoyapa, 7.7% Muey de los Bueyes, Nueva Guinea con 7.6% y Santo Domingo con 6.2%.

En el mismo periodo se presentaron 184 complicaciones correspondiente al 18.8% de los abortos que se dieron en los diferentes Municipios, al revisar las complicaciones por año en el I semestre del 2005 se presentaron el 26.5%, en el 2004 el 23.9% seguido del 2001 con el 20.2%, el 2003 fue el año que se dio el más bajo porcentaje. El mayor número de complicaciones se dieron en Juigalpa con el 31%, seguido de Nueva Guinea con el 20.1%, El Rama con el 12.5% y Muey de los bueyes con el 11%

LAS LEYES QUE RIGE EL ABORTO EN NICARAGUA.

En la actualidad la situación de las leyes nicaragüenses relativas al aborto es la siguiente:

En Nicaragua esta estipulado en el Código Penal la existencia del aborto Terapéutico desde 1891.

La legislación en Nicaragua en el código penal vigente, sanciona como delito el aborto en sus artículos 162 al 164. sin embargo en el artículo 165 contempla el aborto terapéutico el que ligeramente dice:

“El aborto Terapéutico esta determinado científicamente, con la intervención de tres facultativos por lo menos y el consentimiento del cónyuge o pariente mas cercano a la mujer para fines legales” (código penal capítulo I, delitos contra las personas, Cap. V del Código Penal, Art. 165)

por otra parte la propuesta del código penal vigente y la nueva ley ya aprobada en lo general por la Asamblea Nacional dice lo siguiente.

Art. 164 Aborto Terapéutico

“El aborto Terapéutico será determinado científicamente con la intervención de tres médicos especialistas del Ministerio de Salud y el consentimiento de la mujer. Esto no será punible en ningún caso.” (Reformas aprobadas al Código Penal Vigente. Libro Segundo, Título I, delitos contra la vida, integridad física y la seguridad personal. Cap. III, Art. 146).

DEROGACION DEL ABORTO TERAPEUTICO EN NICARAGUA.

La reciente derogación por la Asamblea Nacional del Artículo 165 del Código Penal de Nicaragua, que permite el aborto Terapéutico desde hace mas de cien años a una nueva ley que lo condena, ha colocado en el debate publico la discusión sobre la pertinencia de esta decisión aprobada recientemente por la mayoría de los legisladores en la Asamblea Nacional .

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estudio de Factores de riesgo asociado a complicaciones del aborto

IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO:

Numero de registro: _____ Fecha: _____
Municipio: _____ Número de expediente

I : CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

01.- Edad: _____ 02.- Escolaridad: _____ 03.- Estado Civil:
04.- Ocupación: _____ 05.- Procedencia: Urbana (), Rural ()

II : ANTECEDENTES :

01.- Antecedentes Patológicos Familiares: _____
02.- Antecedentes Patológicos Personales: _____
03.- Antecedentes Ginecoobstetricos:
Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____
Período Ínter genésico: _____ Semanas de Gestación: _____
04- Antecedentes no Patológicos. (Hábitos personales) : Fuma _____,
Alcohol _____ Droga _____, ITS _____, Otros. _____

III: PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

IV : ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL: SI (), NO ().

V : NÚMERO DE CONTROLES: _____

VI : CONDICION DE INGRESO DE LA MUJER :

- 1_ Tiempo transcurrido entre Inicio de los síntomas y la llegada a la unidad mas cercana. _____
2. _ Tiempo transcurrido entre la llegada a la unidad de salud y el inicio de la atención _____
- 3._ Certeza en el Diagnostico Presuntivo. _____
4. _ Uso de algún método o maniobras abortivas, previo a su ingreso a la unidad de salud. _____
5. _ Estado general de la mujer a la llegada a la unidad de salud. _____

VII: ATENCIÓN INTRA HOSPITALARIA:

1: Conducta Terapéutica Empleada:

Liq. IV Liq. IV + Atb Liq. IV + LUI Liq. IV + Atb + LUI
Liq. IV + LUA Liq. IV + Atb + LUA Otro manejo, especificar

2: Días de Hospitalización:

a) 1 día b) 2 – 3 días c) 4-6 días d) Mayor de 7 días

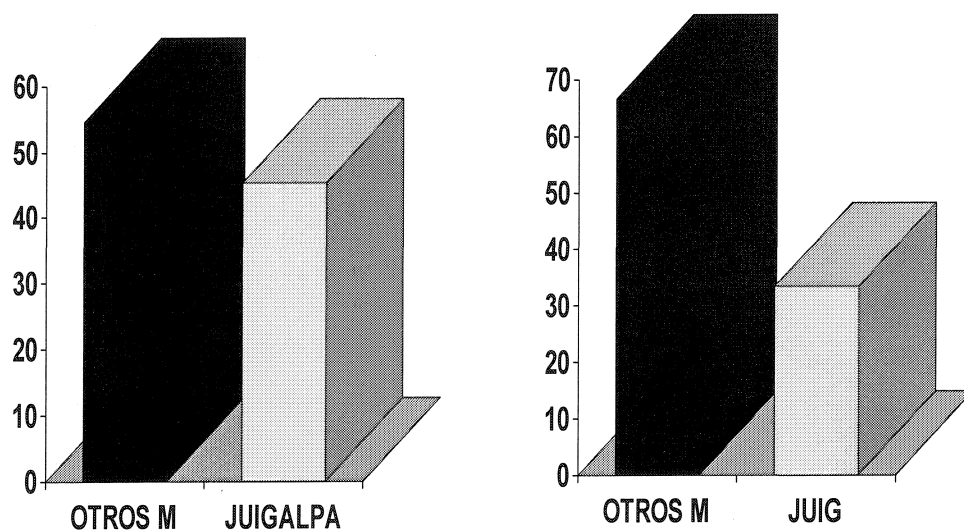
3: Persona que realizó el Legrado:

a) Médico General b) Médico Especialista c) Enfermera Obstetra
d) Enfermera General e) Auxiliar f) Otra

4: Condición del egreso:

a) Sana b) Convaleciente c) Fallecida

GRAFICA No. 1
 PROCEDENCIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS
 COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
 ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005

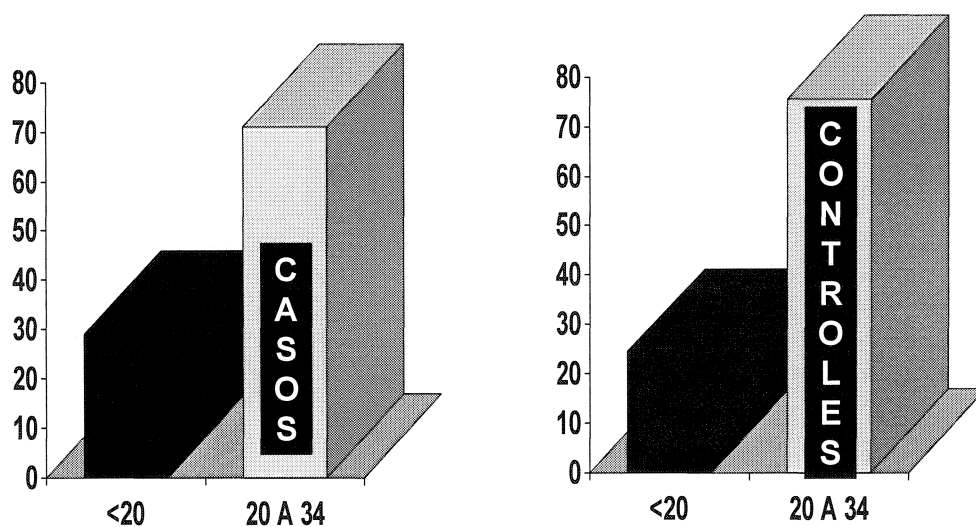


FUENTE: Cuadro No. 1

**No hay relación entre la
 procedencia y las
 complicaciones**

GRAFICA No. 2

EDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005

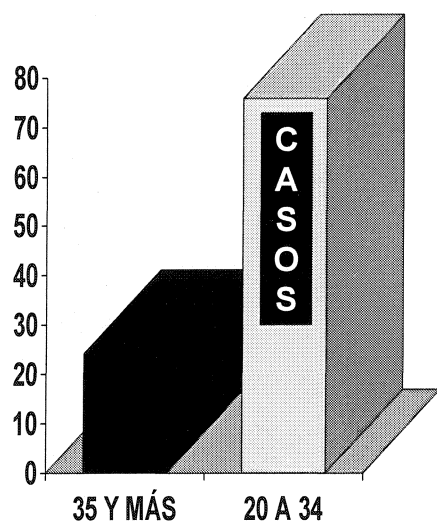


FUENTE: Cuadro No. 1

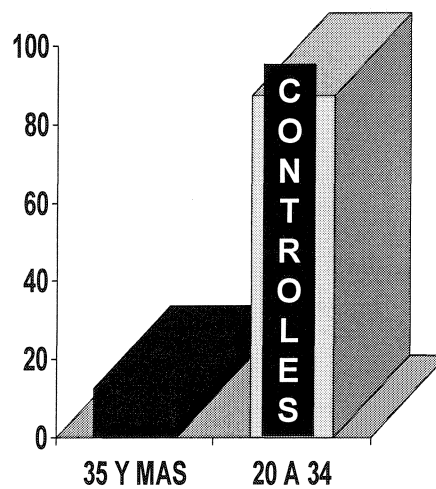
No hay relación entre la edad menor de 20 años y las complicaciones

GRAFICA No. 3

EDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES
DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE
JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



FUENTE: Cuadro No. 1



OR=2.2

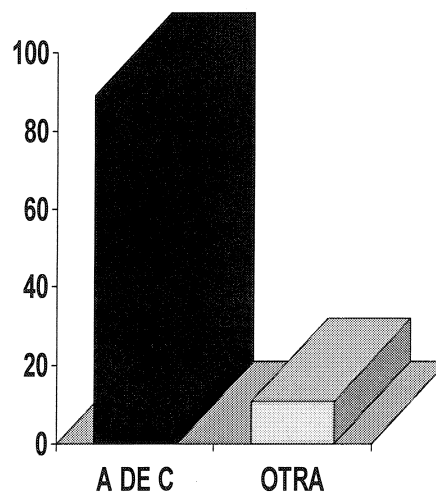
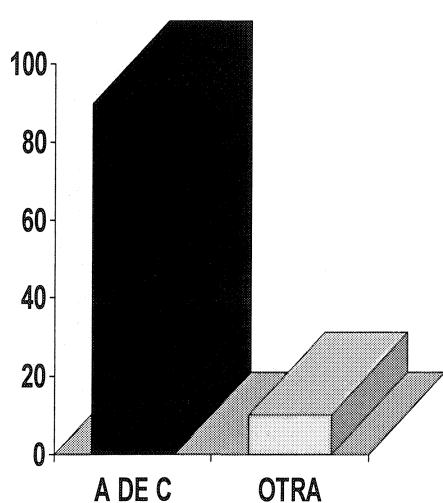
IC=1.01-4.78

CH2=4.76

P=0.0290702

GRAFICA No. 4

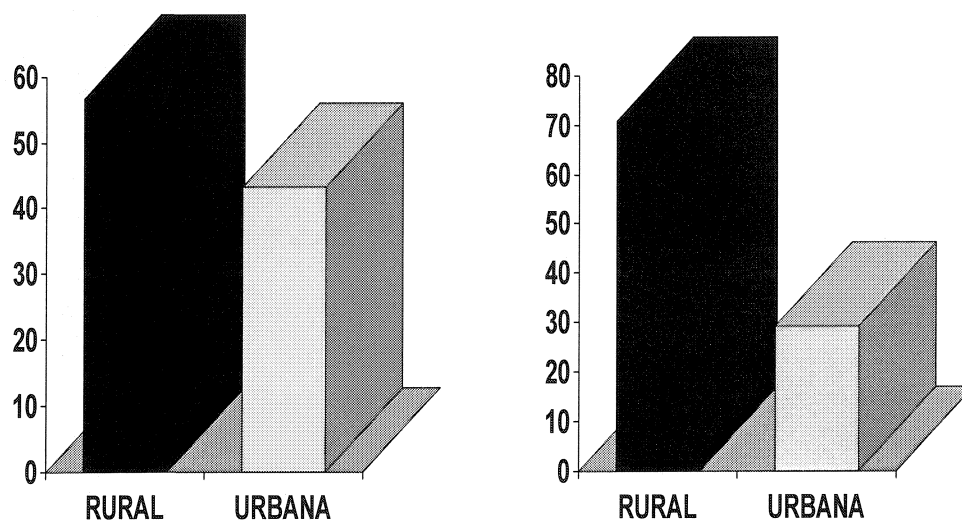
OCUPACION COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



FUENTE: Cuadro No. 1A

**No hay relación entre la
ocupación y las complicaciones**

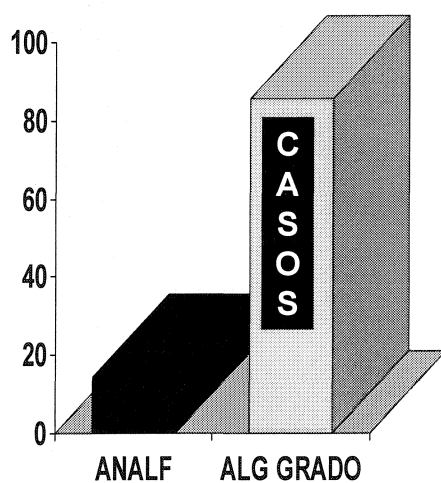
GRAFICA No. 5
PROCEDENCIA COMO FACTOR DE RIE SGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



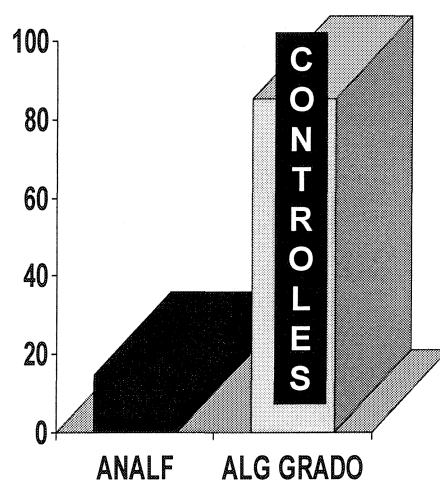
FUENTE: Cuadro No. 1A

**No hay relación entre la procedencia
y las complicaciones**

GRAFICA No. 6
ESCOLARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



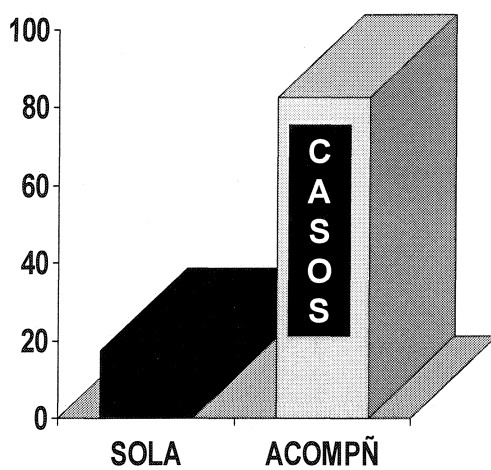
FUENTE: Cuadro No. 1A



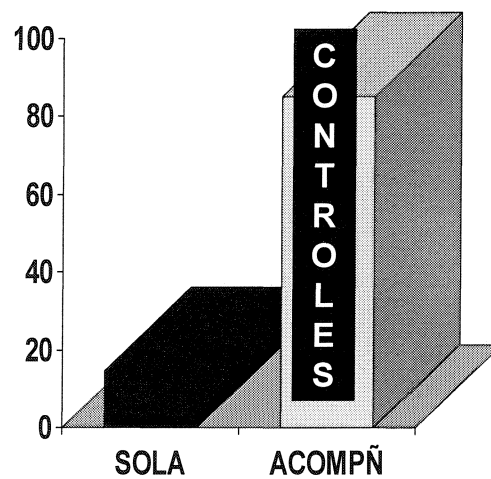
No hay relación
entre la escolaridad
y las complicaciones

GRAFICA No. 7

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



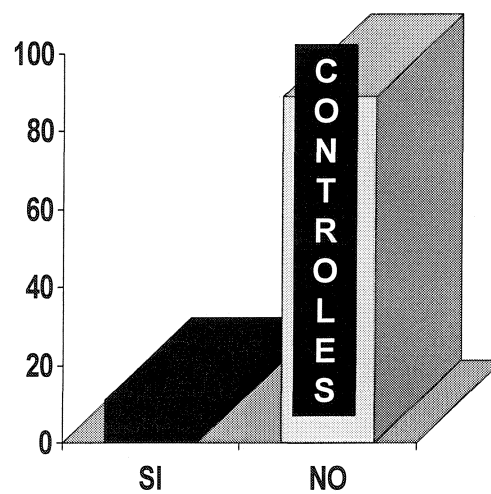
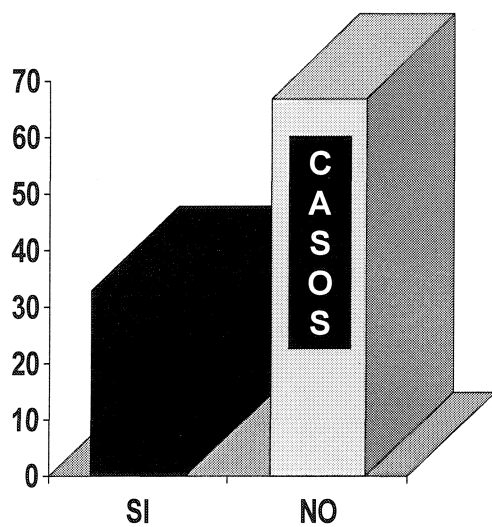
FUENTE: Cuadro No. 1A



No hay relación
entre estado civil y
las complicaciones

GRAFICA No. 8

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES
2000-2005

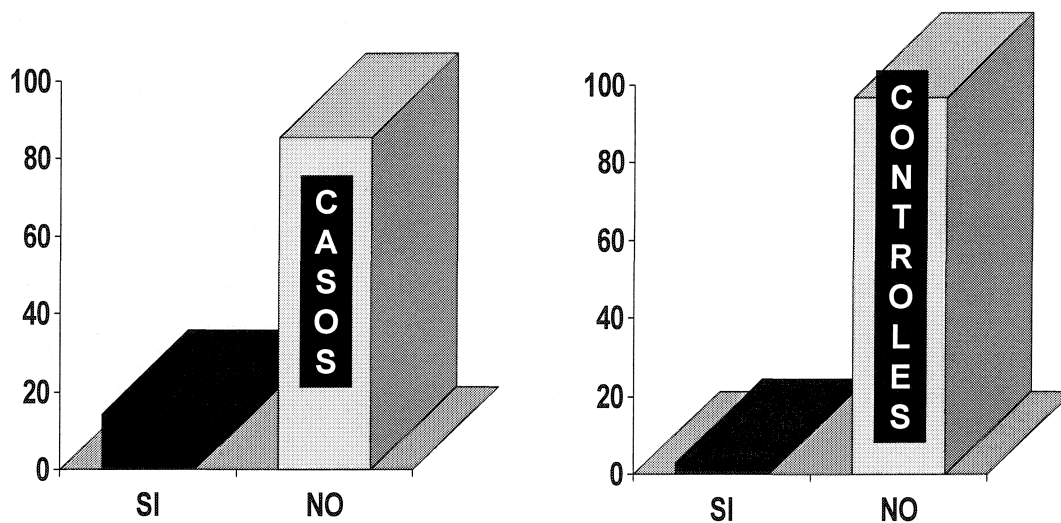


FUENTE: Cuadro No. 2

OR=3.99
IC=2.05-7.77
CH2=20.65
P=0.0000055

GRAFICA No. 9

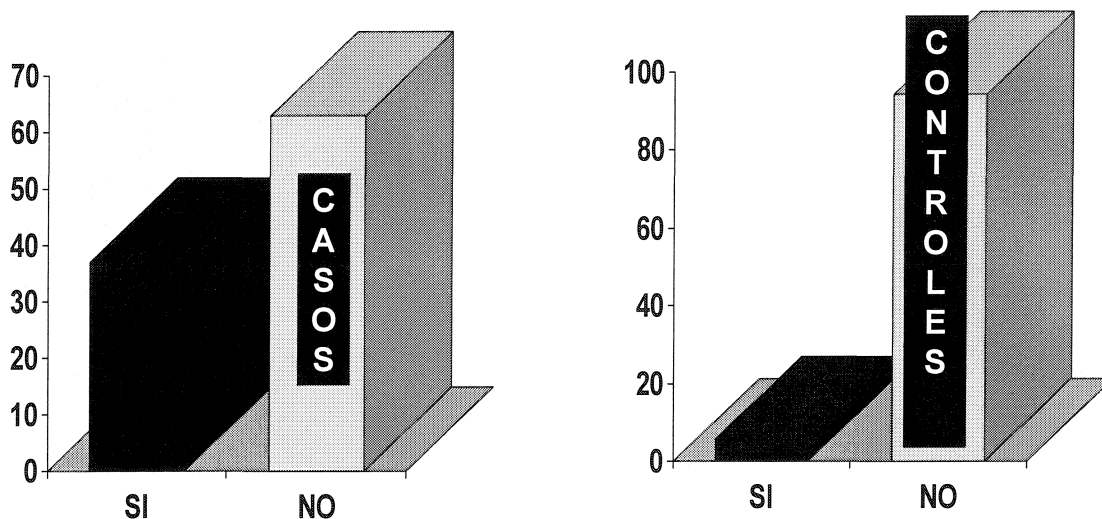
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES
2000-2005



FUENTE: Cuadro No. 3

OR=5.2
IC=1.79-15.79
CH2=12.65
P=0.0003759

GRAFICA No. 10
 PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO
 ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
 ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES
 2000-2005

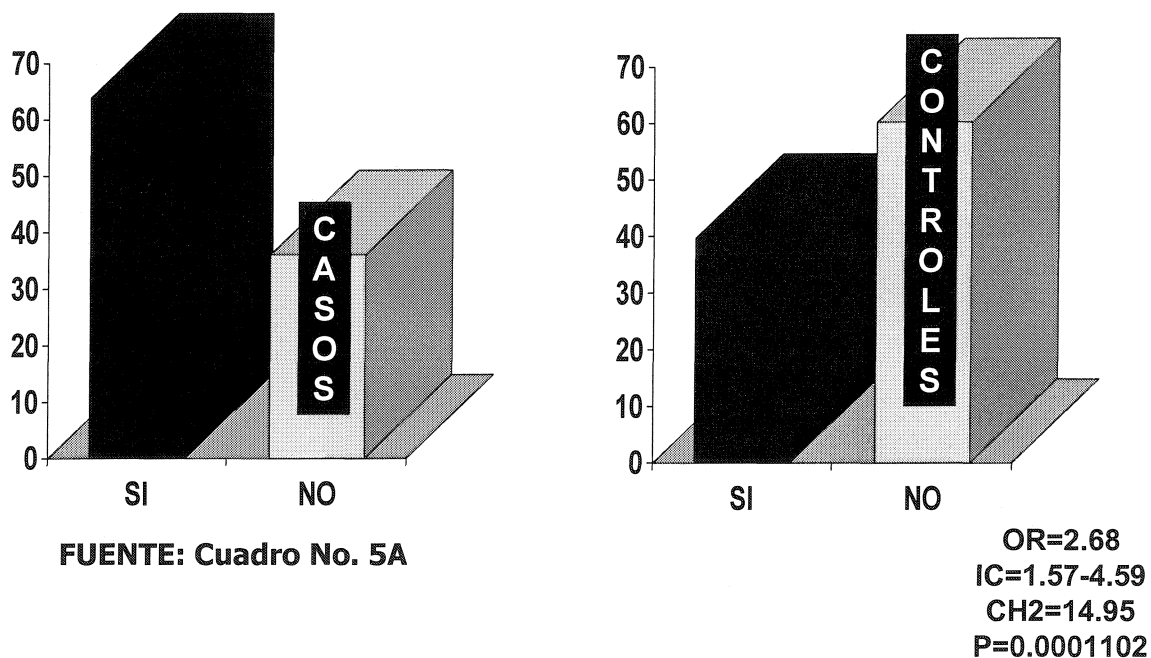


FUENTE: Cuadro No. 4

OR=9.66
 IC=4.40-21.59
 CH2=46.15
 P=0.0000000

GRAFICA No. 11

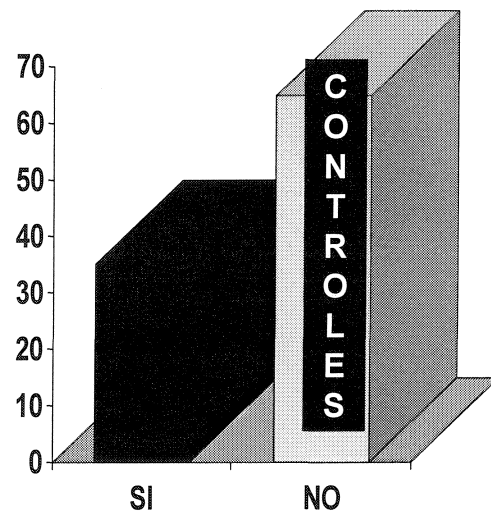
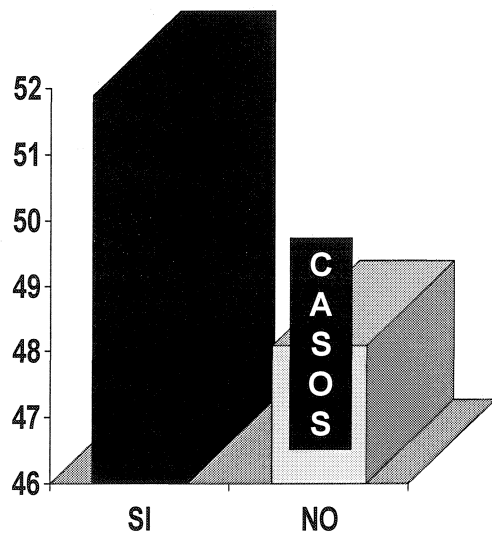
ANTECEDENTES DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



FUENTE: Cuadro No. 5A

GRAFICA No. 12

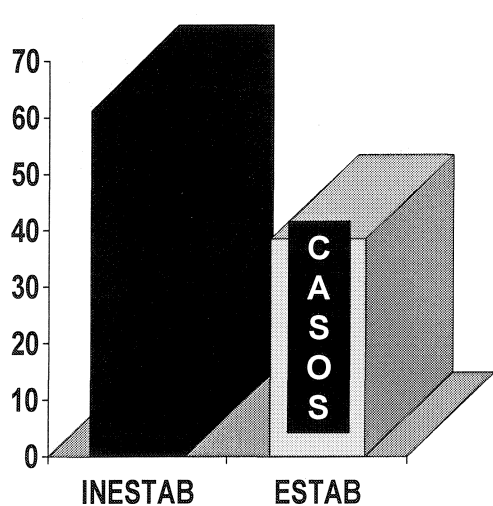
INTERVALO INTERGENESICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



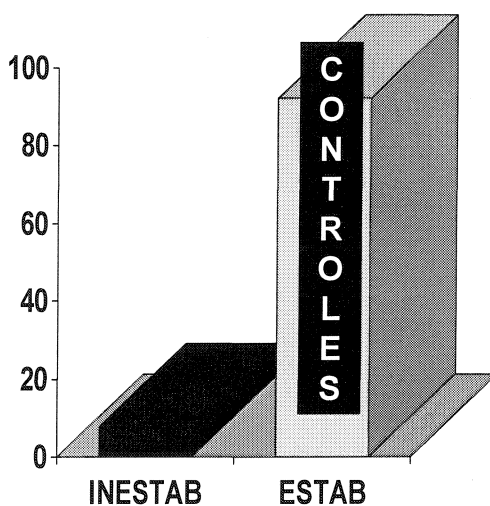
FUENTE: Cuadro No. 5A

OR=2.00
IC=1.11-3.6
CH2=6.10
P=0.01135109

GRAFICA No. 13
CONDICION DE LLEGADA A LA UNIDAD COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES
2000-2005



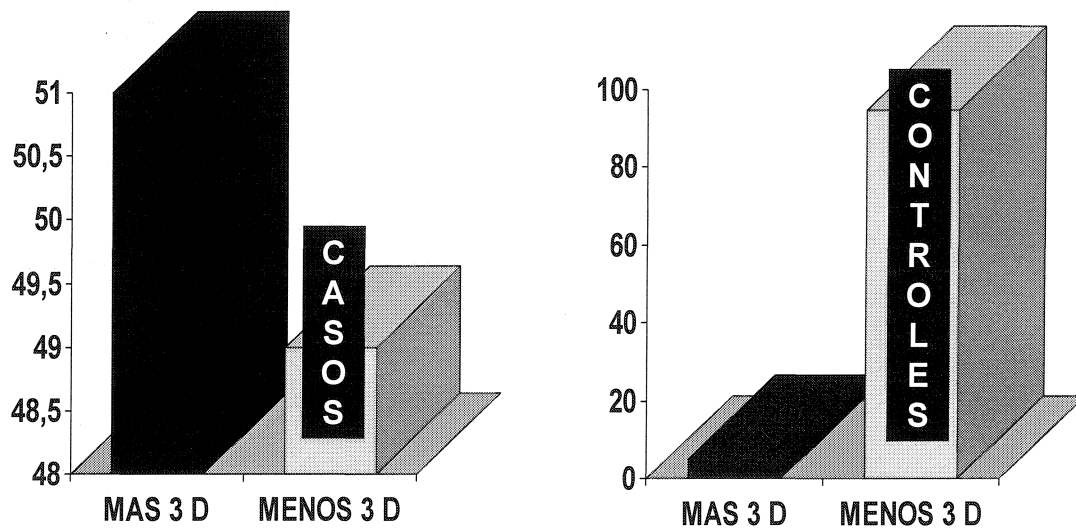
FUENTE: Cuadro No. 6



OR=18.71
IC=9.16-38.75
CH2=95.6
P=0.000000

GRAFICA No. 14

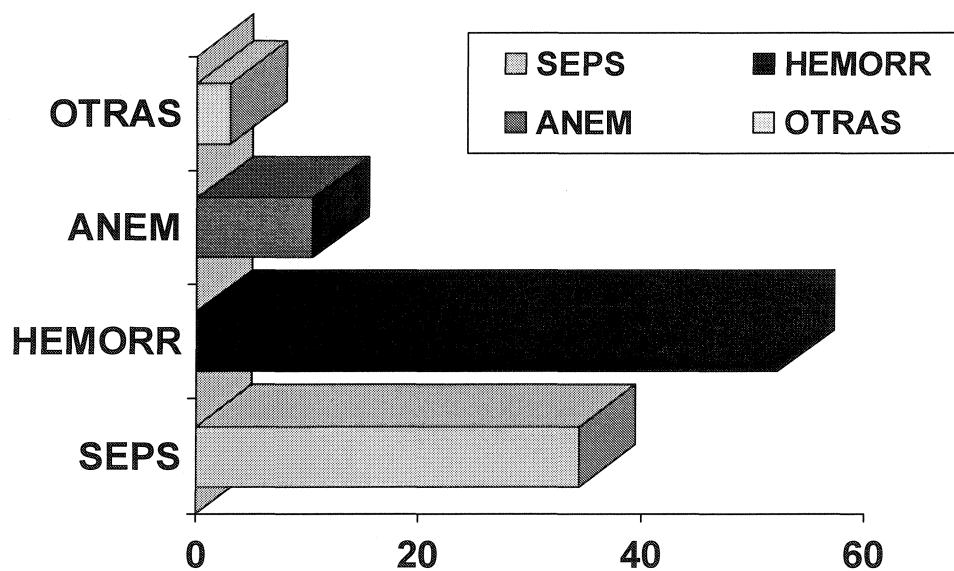
DIAS DE HOSPITALIZACION COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



FUENTE: Cuadro No. 9

OR=18.87
IC=8.45-43.15
CH2=81.8
P=0.0000000

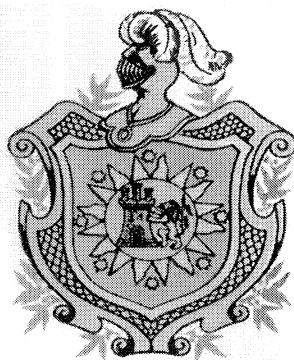
GRAFICA No. 15
TIPO DE COMPLICACIONES DEL ABORTO DE LAS MUJERES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ASUNCION DE JUIGALPA, CHONTALES 2000-2005



FUENTE: CUADRO No. 11

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**

Trabajo para optar al título de MSSR



INFORME EJECUTIVO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS
COMPLICACIONES DEL ABORTO EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ASUNCIÓN DE
JUIGALPA. CHONTALES, JULIO 2,000 A JUNIO 2005**

AUTORA : Lic. Juana María Moreno López

**Tutora: Yadira Medrano Moncada. MSP.
Profesora Titular. UNAN – MANAGUA.**

Chontales, Octubre 2008.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	1
METODOLOGIA	2
RESULTADOS MAS IMPORTANTES	3
RECOMENDACIONES	4
BIBLIOGRAFIA	5
PLAN DE INTERVENCION	8

INTRODUCCION

El Aborto es un problema de salud publica que afecta directamente a la mujer, es la cuarta causa de mortalidad materna y puede ser la causa de complicaciones graves que comprometen la salud reproductiva de aquellas que la viven, iniciando con Hemorragias, luego con una sepsis puerperal que puede ser causada por una perforación de útero conduciéndola a una Histerectomía y que puede llegar hasta la muerte. (1)

En la cuarta conferencia de población y en la conferencia de Beijing se reconoce el Aborto como un grave problema de salud pública y social, fuertemente vinculado con la mortalidad materna por la práctica insegura en que se realizan los abortos en muchos países y que perjudican la calidad de vida de las mujeres.

En la conferencia de Beijing se reconoce lo planteado por el Cairo y se insiste que este problema este fuertemente vinculado con los derechos de la mujer y que en muchos países no se les esta permitiendo decir sobre su cuerpo y su reproducción y aboga por que los gobiernos revisen todo lo relacionado con la legalidad del aborto para disminuir su practica ilegal e insegura. (2)

Entre las principales complicaciones del aborto se destacan: Las perforaciones de útero, traumas, Hemorragias, sepsis puerperal, shock Hipovolémico, retención de restos placentarios y/o del producto de la concepción.

Aun en los países donde el aborto esta legalizado como en la india, a las mujeres de bajo ingreso les puede resultar difícil conseguir quien les aplique un procedimiento aséptico y sin riesgo o peligro.

Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos la violación, el abuso sexual y violación de las mujeres y niños; el VIH/SIDA; la mortalidad materna; el embarazo de adolescentes, los niños abandonados; las practicas dañinas, tales como la mutilación genital femenina; el crecimiento de la población; el predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad; y la violación de los derechos humanos fundamentales y la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Observacional - Analítico - Caso - Control.

UNIVERSO: son 976 mujeres que se atendieron por aborto en el Hospital Asunción de Juigalpa en el periodo del 1 de Julio del 2000 al 30 de Junio 2005,

Caso: mujeres que tuvieron abortos con alguna complicación y que han estado expuestas a factores causales.

Control: mujeres que tuvieron aborto, pero no presentaron complicación, basándose que los factores causales bajo investigación están en menor frecuencia que en los casos.

MUESTRA: No probabilística por Conveniencia, al revisar los expedientes solamente 97 de ellos llenaron los criterios de selección, esto corresponde al 52.7% del total de las mujeres complicadas.

Se seleccionaron 3 controles para cada caso para un total de 191, pero al hacer control de calidad en la base de datos 3 fueron inconsistentes y se finalizo con 288 mujeres control.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN: INCLUSIÓN

CASOS	CONTROLES
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes atendidas por aborto y que sufrieron complicaciones.• Pacientes atendidas por aborto y que se les realizo legrado y se complicaron.	<ul style="list-style-type: none">- Pacientes atendidas por aborto y que no sufrieron complicaciones.- Pacientes atendidas por aborto, que se les realizo legrado y no se complicaron.
EXCLUSION	
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que no sufrieron complicaciones por aborto.• Pacientes que no sufrieron complicaciones posteriores al legrado.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que no sufrieron complicaciones por aborto.• Pacientes que no sufrieron complicaciones posteriores al legrado.

ASPECTOS ETICOS:

Una vez procesada la información las encuestas serán almacenadas como evidencia de un proceso de recolección y dar fe a los resultados, quedando estas en el mayor anonimato posible, no serán divulgadas ni utilizadas por otro investigador, en caso de solicitar la información se revisaran los resultados en frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS MÁS IMPORTANTES

El 16.6% de las mujeres eran mayores de 35 años. Los casos fueron el doble de los controles, 24.3% contra 12.8%, por lo que las mujeres mayores de 35 años tuvieron 2.20 veces más riesgo de presentar complicaciones por aborto que las mujeres en edad reproductiva óptima, asociación estadísticamente significativa. (Cuadro No.1)

El 18.4% de las mujeres tenían antecedentes patológicos familiares, siendo 3 veces mayor entre los casos que entre los controles. Las mujeres con antecedentes patológicos familiares tuvieron 3.99 veces más riesgo de complicaciones por aborto que las mujeres sin antecedentes familiares, asociación estadísticamente significativa. Las patologías más frecuentes fueron: hipertensión arterial, y diabetes. (Ver cuadro No.2)

El 6.9% de las mujeres tenían antecedentes patológicos personales, siendo 5 veces mayor entre los casos que entre los controles. Las mujeres con antecedentes no patológicos tuvieron 5.2 veces más riesgo de complicaciones por aborto que las mujeres sin antecedentes no patológicos, asociación estadísticamente significativa. Las patologías más frecuentes fueron: hipertensión arterial e infecciones de vías urinarias. (Ver cuadro No. 3)

El 47.9% de las mujeres en estudio que habían tenido antecedentes de aborto, de las que si tuvieron antecedentes de aborto el 63.9% eran casos y 39.8% eran controles. Las mujeres con antecedentes de aborto tuvieron 2.68 veces más riesgo de desarrollar complicaciones por la misma causa que las que no tenían antecedentes, asociación estadísticamente significativa.

Las mujeres que llegaron en condición Inestables tenían 18.71 veces mas riesgo de presentar complicaciones del aborto que las que llegaron en condiciones estables, resultado estadísticamente significativo.

RECOMEDACIONES

1. Que las Organizaciones presentes en el territorio unan esfuerzos para impulsar campañas educativas dirigidas a los grupos de riesgo (Adolescentes, Mujeres en Edad Fértil) así como programas integrales en Salud Sexual y Planificación Familiar.
2. El MINSA debe garantizar que las pacientes antes de egresar de las Unidas de Salud reciban atención Psico- Social y consejería para que ellas decidan como planificar y espaciar los embarazos de manera responsable y segura.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Acevedo, Lesbia. et. Al. Morbimortalidad Materna por Aborto Inducido, Hospital Bertha Calderón Roque. [Investigación] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1992.
- 2 - ``Aborto Clandestino, muchos problemas `` [Monografía] Dirección Internet fecha: 12/03/05.
- 3 - Aragón, José. et al. `` Prevalencia del Aborto, Hospital Fernando Vélez País `` [Monografía] Managua UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1994. Pág. 2 y 18
- 4 – Barea Orozco, Nubia. ``Complicaciones y Manejo Terapéutico del Aborto, Hospital Camilo Ortega Saavedra, Juigalpa `` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1997.
- 5 – Benítez Acevedo, Gloria. `` Derechos Sexuales y Reproductivos y el Aborto. `` [Folleto, Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f, Pág. 47
- 6 - Benítez Acevedo, Gloria. `` Derechos Sexuales y Reproductivos y el Aborto. `` [Folleto, Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f, Pág. 2.
- 7 - Blandino y Gómez. `` Mortalidad por Aborto `` [Monografía] Hospital Bernardino Díaz Ochoa, Granada. `` Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 1993, Pág. 14.
- 8 - Cabral, Alejandro. `` Comportamiento del Aborto. `` [Monografía] San Juan de Maguana, Republica Dominicana; 1991, Pág. 24
- 9 - `` Consecuencias del Aborto para la mujer `` [Monografía] Dirección de Internet. Fecha. 12/03/05.
- 10 - ``Millones afectados por Morbilidades.`` Family Health Internacinal. Washington; D. C: OPS; 1994.
- 11 - Moya, Valezka. et al ``Comportamiento Clínico y Manejo Terapéutico del Aborto, Hospital García Laviana de Rivas.`` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Medicas; 2001.
- 12 – Navarro y Guevara. `` Comportamiento Clínico y Epidemiológica del Aborto Espontáneo, Hospital San Juan de Dios de Matiguas, Matagalpa. `` [Monografía] Managua: UNAN Facultad de Ciencias Medicas, 1995. Pág.: 23.
- 13 - Nicaragua. `` Evaluación Municipal `` [Informe] Juigalpa: Dirección de Servicios de Salud y Planificación SILAIS Chontales; 2005.

14 - Nicaragua, Ministerio de Salud. Normas de Atención al Aborto. Managua: Dirección Materno Infantil/ Dirección de Atención Integral a la Mujer; 1989.

15 - Nicaragua. Título I ``Delito contra las personas.`` en Código Penal Capítulo V

16 - Nicaragua, Ministerio de Salud `` Conceptualización del Aborto, aspectos éticos, legales y sociales y relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos `` [Modulo del Aborto, Diplomado Salud Sexual.] Managua. FONMAT/ PMSS; s f. Pág. 4.

17 - Pizarro, Ana Maria. Experiencia de los Servicios Alternativos en relación con el Aborto. Managua Servios Integrales para la Mujer. Si Mujer. 1994. Pág. 5.

18 - `` Psicología y Conceptualización del Aborto `` [Monografía] Dirección de Internet, fecha: 12/03/05.

19 - Ruiz, Xiomara. et al. `` Caracterización Epidemiológica, Tratamiento y Evolución del aborto, Hospital Jove Niebrowsky, Boaco. `` Managua UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1994. Pág. 2 y 19.

20 - Ramos Liseth. et al. `` Comportamiento del Aborto y Manejo Terapéutico en pacientes Ingresados al servicio de GinecoObstetricia del Centro de Salud con Camas Jacinto Hernández de Nueva Guinea [Monografía] Managua: UNAN FACULTAD de Ciencias Médicas; Enero 1998 – Diciembre 1999.

21 - Schwarcz, Ricardo L. et al. El Aborto. En Obstetricia, Buenos Aires: El Ateneo; 1998. Cap. 8 PP: 175 – 186.

22 - Taleno Velásquez. et al. `` Comportamiento del Aborto Inducido Ilegalmente `` Hospital Bertha Calderón Roque, Managua UNAN Facultad de Ciencias Médicas, 1993, Pág. 13.

23 - UNAN. Facultad de Ciencias Médicas. `` Derechos Reproductivos, diferentes enfoques del Aborto en el contexto de los Derechos Reproductivos. `` [Modulo del Aborto. Diplomado Salud Sexual] Managua. FONMAT/ MINSA; s. f. pp. 54 – 55.

24 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Legalidad del Aborto `` [Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS/ MINSA; s f Pág.: 5.

25 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Complicaciones del Aborto `` [Diplomado Salud Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS / MINSA; s f, Pág. 47.

26 - UNAN, Facultad de Ciencias Médicas. `` Análisis de la Situación del Aborto de Salud Pública de Nicaragua 2002. Módulo de Aborto, Diplomado Salud [Sexual] Managua: FONMAT/ PMSS / MINSA. S f Pág. 26

27 - Vásquez, José. et al `` Aspectos Clínicos y Epidemiológicos del Aborto. Hospital Camilo Ortega Saavedra, Juigalpa. `` [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1992. Pág. 21.

PLAN DE INTERVENCION

Objetivo 1: Mejorar los conocimientos de la población en temas de salud sexual y reproductiva.

Estrategia 1: Diseñar estrategias de IEC en los diferentes niveles de complejidad sobre anticoncepción y riesgo reproductivo

Actividades	Tareas	Período	Participantes
Promoción y divulgación de temas de salud sexual y reproductiva en los diferentes niveles de atención.	Mantener la coordinación con las diferentes instituciones a fines para fortalecer el trabajo con los grupos de riesgos	2do trim.08	MINSA
	Implementación de estrategias educativas en salud priorizando los temas sobre sexualidad, riesgo reproductivo y aborto en las comunidades	2do trim.08	MINSA MECD Sociedad civil
	Plan de trabajo con organizaciones juveniles dentro y fuera de los centros educativos	2do trim.08	MINSA MECD
	Usar los medios de comunicación para difundir mensajes que fomenten los valores y prevengan conductas de riesgo.	2do trim.08	MINSA MECD Sociedad civil
	Integración de los padres de familia, hombres y la sociedad civil en las capacitaciones en torno a la anticoncepción	2do. trim.08	MINSA MECD Sociedad civil
	Enfocar la educación sexual a cambios en las prácticas sexuales como el retraso del inicio de relaciones sexuales, disminución número de compañeros sexuales, uso correcto y conocimiento del condón.	2do trim 08	

Actividades	Tareas	Período	Participantes
Promoción y divulgación de temas de salud sexual y reproductiva en los diferentes niveles de atención.	Implementación de programas de capacitación dirigidos a hombres acerca de la planificación de los hijos y la paternidad responsable.	I trim. 08	MINSA Agentes comunitarios
	Concientizar a los padres de familia acerca de metodologías de abordaje de temas de educación sexual en la casa.	I trim. 08	MINSA MECD Sociedad civil

Objetivo 3: Contribuir a la disminución de embarazos no deseado en las adolescentes y madres jóvenes, mediante la utilización de métodos anticonceptivos.

Estrategia 3: Fortalecer la red de jóvenes en cada municipio.

Actividades	Tareas	Período	Participantes
Promover la participación activa de los jóvenes y demás agrupaciones de la sociedad civil en la promoción de la planificación familiar	Plan de charlas educativas sobre los riesgos de un embarazo en la adolescencia	I trim. 08	
	Elaboración de un plan de trabajo con las organizaciones juveniles dentro y fuera de las escuelas.	I trim. 08	
	Integración de los padres de familia y la sociedad civil en las capacitaciones en torno al embarazo no deseado	I trim. 08	
	Enfocar la educación sexual y reproductiva para cambiar las prácticas sexuales, como el retraso del inicio de relaciones sexuales, uso correcto de los métodos anticonceptivos, espaciamiento de los embarazos.	I trim. 08	